

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



## **TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE: MEDICO CIRUJANO**

**"COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL  
TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS  
GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II  
SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL  
2014".**

**PIURA-PERU  
2015**

S  
00

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA**

## **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



### **TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:**

### **MEDICO CIRUJANO**

**"COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL  
TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS  
GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II  
SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL  
2014"**

**AUTOR**  
**CRUZ CÓRDOVA ROOSVELT**

**PIURA-PERÚ**  
**2015**

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



## **TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE: MEDICO CIRUJANO**

**“COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL  
TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS  
GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II  
SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL  
2014”**

---

**CRUZ CÓRDOVA ROOSVELT**  
**AUTOR**

---

**DR. JAVIER LA MADRID RÁZURI**  
**ASESOR**

**PIURA-PERÚ**

**2015**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:  
MEDICO CIRUJANO

**“COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL  
TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS  
GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II SANTA  
ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. MANUEL PURIZACA BENITES**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JUAN PALACIOS LADINES**  
**SECRETARIO**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. PEDRO DELGADO RODRIGUEZ**  
**VOCAL**

## DEDICATORIA

*A mis padres, Gladys y Timoteo; por creer en mí y ser ejemplos de superación y de amor por su profesión.*

*A mi hermano Zeus Gardel, por la compañía, por sus preguntas, y deseos de superación.*

*A Susana María, por su amor, tiempo y apoyo incondicional.*

*A mis abuelitos, Irma y Eudelio, por ser un ejemplo de amor, unión y respeto.*

## AGRADECIMIENTOS



*A Dios y la Virgen de Guadalupe, por acompañarme a mí, familiares y personas amadas todos estos años y guiarnos por el resto que nos falte de vida.*

*A mis padres, Gladys y Timoteo; por la vida y orientarme en ella, por la confianza que depositaron en mí, y por el amor incondicional que nos tienen a mí hermano y a mí.*

*A mi hermano Zeus Gardel, por enseñarme el amor de hermano y creer en mí.*

*A Susana María, por ser compañera y amiga, por el amor infinito, apoyo incondicional y mostrarme lo hermoso de la vida de una manera diferente.*

*A todos los docentes y personal administrativo de la FMH de la UNP, por su paciencia, dedicación, pasión por la medicina y en especial a los miembros del jurado, quienes con su contribución enriquecieron el presente trabajo.*

*A todo el personal del Hospital Santa Rosa-Piura, que me acogió durante la última etapa de formación de mi carrera, porque sus enseñanzas me ayudaron a ser mejor persona y profesional, por su amistad y por extender una mano amiga cuando se les necesita.*

*Agradecer al personal administrativo del Servicio de Ginecoobstetricia, por su amistad y ser quienes amablemente facilitaron la obtención de la información.*

## **RESUMEN**

**“COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

**Cruz Córdova, Roosevelt**

**OBJETIVO:** Comparar las complicaciones maternas durante el tercer trimestre entre gestantes adolescentes y de edad avanzada atendidas en el Hospital II Santa Rosa-Piura, en el período de enero - diciembre del 2014

**MATERIAL Y METODOS:** El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa–Piura durante el periodo Enero-Diciembre del 2014. El diseño de estudio fue: descriptivo, retrospectivo, observacional. La muestra estuvo constituida por 486 pacientes que fueron hospitalizadas y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó una base de datos en el software estadístico SPSS 19.0. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos y los resultados se presentaron en forma de porcentajes, utilizando los programas de Microsoft Word y Excel para la elaboración de gráficos y tablas.

### **RESULTADOS:**

Se encontró que 275 (57%) fueron adolescentes gestantes y 211 (43%) gestantes de edad avanzada. Se clasificó según la adolescencia en temprana 2 (0.8%), media 34 (19.6%) y tardía 219 (79.6). Así mismo en las gestantes de edad avanzada se reveló que habían 167 (79.1%) en el grupo de 35 a 39 años, 42 (19.9%) en el grupo de 40 a 44 años y 2 (0.9%) mayores de 45 años de edad. La culminación del parto vía cesárea fue de 203 (76%) para las gestantes adolescente y de 63 (77%) para las de edad avanzada. Los controles prenatales, representaron un adecuado control para las gestantes adolescentes 103 (37.5%) frente a 54 (25.6%) de las gestantes de edad avanzada. Los días de hospitalización mayor a 3 días: 104 días (38%) correspondió a las gestantes adolescentes, 83 días (39%) a las de edad avanzada. Al ingreso de su hospitalización presentaron anemia moderada 17 (15%) de las gestantes adolescentes frente a 9 (12 %) de las gestantes de edad avanzada. A su ingreso presentaron anemia moderada 45 (40%) de las gestantes adolescente frente

a 27 (36%) de las gestantes de edad avanzada. Las primigestas en esta investigación representaron 221 (80.4%) para las gestantes adolescentes y 13 (6.2%) para las de edad avanzada. En la comparación de las complicaciones maternas de las adolescentes gestantes vs las gestantes de edad avanzada se tiene que presentaron: anemia 38 (10.6%) vs 8 (2.8%), desproporción feto pélvica 12 (3.3%) vs 9 (3.2%), distocia funicular 15 (4.2%) vs 10 (3.6%), embarazo prolongado 7 (1.9%) vs 15 (5.3%), infección del tracto uterino 49 (13.6%) vs 27 (9.6%), oligohidramnios 34 (9.4%) vs 27 (10.3%), parto pretérmino 4 (1.1%) vs 8 (2.8%), placenta previa 4 (1.1%) vs 8 (2.8%), preeclampsia leve 14 (3.9%) vs 9 (3.2%), preeclampsia severa 38 (10.6%) vs 42 (14.9%), riesgo de pérdida del bienestar fetal 40 (11.1%) vs 19 (6.8%), ruptura prematura de las membranas 33 (9.2%) vs 26 (9.3%), situación transversa 7 (1.9%) vs 9 (3.2%).

**CONCLUSIONES:** Existe relación entre la edad materna de las gestantes adolescentes y gestantes de edad avanzada, con las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de gestación.

**PALABRAS CLAVE:** Complicaciones maternas, gestante, adolescente, edad avanzada



**"COMPARISON OF MATERNAL COMPLICATIONS DURING THE THIRD QUARTER AMONG PREGNANT TEEN PREGNANT AND OLDER SERVED IN THE HOSPITAL SANTA ROSA II-PIURA, IN THE PERIOD JANUARY - DECEMBER 2014"**

**Cruz Córdova, Roosevelt**

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To compare maternal complications during the third quarter of pregnant teenagers and older treated at the Hospital Santa Rosa II-Piura, in the period January-December 2014.

**MATERIAL AND METHODS:** This study was performed in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital Santa Rosa-Piura during the January-December period of 2014. The study design was a descriptive, retrospective, observational study. The sample consisted of 486 patients who were hospitalized and met the inclusion and exclusion criteria. A database was performed in SPSS 19.0 statistical software. For analysis of categorical variables absolute frequencies and percentages were used. The data and results are presented as percentages, using the programs Microsoft Word and Excel to prepare charts and tables.

**RESULTS:** We found that 275 (57%) were pregnant adolescents and 211 (43%) pregnant elderly. It was classified according to early adolescence in 2 (0.8%), average 54 (19.6%) and late 219 (79.6%). Also in pregnant elderly had revealed that 167 (79.1%) in the group of 35-39 years old, 42 (19.9%) in the group of 40-44 years and 2 (0.9%). The culmination birth via cesarean section was 203 (76%) for pregnant teenager and 63 (77%) for the elderly. Prenatal care, adequate control accounted for 103 pregnant adolescents (37.5%) versus 54 (25.6%) of women aged. The days of hospitalization increased to 3 days, 104 (38%) corresponded to days pregnant adolescents, 83 (39%) days to elderly. On admission his hospitalization showed moderate anemia 17 (15%) of pregnant adolescents compared with 9 (12%) of women aged. At the exit of hospital 45 showed moderate anemia (40%) of the pregnant teenager versus 27 (36%) of women aged. The primigestas in this investigation accounted for 221 (80.4%) for pregnant teenagers and 13 (6.2%) for the elderly. In the comparison of maternal complications of the pregnant teenagers vs expectant elderly must be submitted: anemia 38 (10.6%) vs 8 (2.8%), fetal pelvic disproportion 12 (3.3%) vs 9 (3.2%), funicular dystocia 15 (4.2%) vs 10 (3.6%), prolonged pregnancy in July (1.9%) vs 15 (5.3%), uterine tract infection 49 (13.6%)

vs 27 (9.6%), oligohydramnios 34 (9.4%) vs 27 (10.3%), preterm four (1.1%) vs 8 (2.8%), placenta previa 4 (1.1%) vs 8 (2.8%), mild preeclampsia 14 (3.9%) vs 9 (3.2%), preeclampsia severe 38 (10.6%) vs 42 (14.9%), risk of loss of fetal wellbeing 40 (11.1%) vs 19 (6.8%), premature rupture of membranes 33 (9.2%) vs 26 (9.3%), transverse lie 7 (1.9%) vs 9 (3.2%).

**CONCLUSIONS:** There is a relationship between maternal age of pregnant adolescents and pregnant advanced age, maternal complications during the third trimester.

**KEYWORDS:** Maternal complications, pregnant, teen, elderly

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>17</b>
2.1 Planteamiento del problema.....	17
2.2 Formulación del problema.....	17
2.3 Hipótesis.....	17
2.4 Objetivos.....	17
2.4.1 Objetivo General.....	17
2.4.2 Objetivos Específicos.....	17
2.5 Justificación.....	18
<b>III. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
3.1 Antecedentes.....	19
3.2 Marco Teórico.....	25
3.3 Marco Conceptual o Definición de términos básicos.....	29
<b>IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
4.1. Tipo de investigación.....	30
4.2 Diseño de Investigación.....	30
4.3 Universo y muestra del estudio.....	31
4.3.1.-Universo.....	31
4.3.2.-Muestra.....	31
4.3.3.- Ubicación Temporo-espacial.....	31
4.3.4.-Criterios De Inclusión.....	31
4.3.5.-Criterios De Exclusión.....	32
4.4. Operacionalización de variables.....	33
4.4.1 Matriz de operacionalización.....	33
4.4.2 Definición operacional.....	35
4.5. Recolección de datos.....	39
4.5.1 Instrumentos. Descripción.....	39
4.5.2 Procedimiento de recolección de datos.....	39
4.6. Proceso de análisis estadístico.....	40
4.6.1 Digitación.....	40
4.6.2 Análisis estadístico.....	40

<b>V.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>41</b>
<b>VI.</b>	<b>ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>42</b>
	6.1 Cronograma de actividades.....	42
	6.2 Recursos Materiales.....	43
	6.3 Financiamiento.....	43
	6.4 Duración del Proyecto.....	43
<b>VII.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
<b>VIII.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>66</b>
<b>IX.</b>	<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>71</b>
<b>X.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>XI.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>

## **DATOS GENERALES**

### **TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**“COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

#### **1.2. AUTOR:**

Cruz Córdova Roosevelt

#### **1.3 ASESOR:**

Dr. Javier La Madrid Rázuri

Docente de la Facultad de Medicina Humana -Universidad Nacional de Piura.

#### **1.4 FACULTAD:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura

#### **1.5 DEPARTAMENTO ACADÉMICO**

Área de Clínica y Patología de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura

#### **1.6 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- Según el periodo y secuencia del estudio: Prospectivo.
- Según la fuente de obtención de datos: Primaria.
- Según su carácter : Cualitativo – Cuantitativo.
- Por el análisis de los resultados : Descriptivo.
- Por la interferencia del investigador : Observacional.

#### **1.7 LUGAR DE EJECUCIÓN DEL ESTUDIO:**

Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa Piura.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patología perinatal que se presenta (1).

La OMS informa que unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia comprende desde los 10 hasta los 19 años de edad, y considera al embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo (3).

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor de 2% en China y 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (4).

El embarazo en las adolescentes, con mayor frecuencia, se acompaña de hipertensión gestacional, parto pre término, distocias de posición, asfixia intra y extrauterina. La adolescencia supone una menor capacidad de adaptación a los cambios que se producen durante la gestación y experimenta variaciones biológicas que pueden afectar el crecimiento intrauterino, produciéndose lo que Naegele denomina una “verdadera competencia materno-fetal de nutrientes” para satisfacer las necesidades del feto y de la madre. Las repercusiones en el crecimiento se

reflejan en la disminución de las medidas antropométricas, y pueden incluso afectar la vida intelectual, emocional y psíquica del niño y aún del adolescente (5).

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto (6).

En nuestro país, la Encuesta de Demografía y Salud del INEI (Endes 2013), publicada en el 2014, muestra que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013. Lo que más llama la atención es la creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas. Según la estadística, el embarazo adolescente en la capital pasó de 4.4% en 1991/92 a 10.6% en 2013, mientras que en el resto de la costa creció de 10.8% a 15.4% en el mismo período. Sin embargo, en porcentajes, las regiones de selva (Loreto, Madre de Dios) y las rurales (Ayacucho) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos adolescentes (7).

Algunos estudios indican que después de los 35 años de edad existe un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como de morbilidad y mortalidad perinatales. En comparación con las mujeres en la tercera década, las de 35 a 39 años tiene una probabilidad 2,5 veces mayor de mortalidad relacionada con el embarazo, en las mujeres de 40 o más el riesgo es 5,3 veces más alto. (8).

Para las madres de mayor edad, la patología es diversa: hipertensión gestacional, nefropatías, malformaciones fetales, distocias de la dinámica y disminución del crecimiento. La edad avanzada (cuarenta años y más) ejerce un efecto adverso sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; el embarazo en esta edad es peligroso porque puede existir rigidez tisular, trastornos de implantación y de vascularización, que se hacen evidentes alterando el crecimiento fetal. Es de notar que en varios estudios no se observa este incremento de riesgo, lo cual se puede deber a los programas especiales que se le brindan a este grupo de gestantes, lo

que contrarrestaría en parte el riesgo. Este factor no es independiente, sino que generalmente está asociado a otros atributos desfavorables, como bajo nivel socio económico- educativo, madres solteras, ausencia de control prenatal, etc. (5).

Como ya se ha sustentado en esta introducción el hecho de que una mujer salga en estado en estas edades de la vida conlleva un alto riesgo, tanto para la madre como para el nuevo ser, es por ello que el presente trabajo de investigación se realiza para contribuir a disminuir las tasas de morbilidad materna en este grupo poblacional, ya que presenta una variedad de complicaciones, intentando aquí resaltar las que más afectan a estos grupos, para así poder estar preparados tanto en la prevención y manejo de estas patologías.



## **II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.**

### **2.1.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el tercer trimestre en gestantes adolescentes y las gestantes de edad avanzada atendidas en el Hospital II Santa Rosa-Piura, en el período comprendido de enero - diciembre del 2014?

### **2.2.-HIPÓTESIS.**

H0: No existe relación entre la edad materna de las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con las complicaciones maternas durante el tercer trimestre, atendidas en el Hospital II Santa Rosa-Piura, en el período comprendido de enero - diciembre del 2014.

H1: Existe relación entre la edad materna de las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con las complicaciones maternas durante el tercer trimestre, atendidas en el Hospital II Santa Rosa-Piura, en el período comprendido de enero - diciembre del 2014.

### **2.3.- OBJETIVOS.**

#### **2.3.1.-OBJETIVO GENERAL.**

- Comparar las complicaciones maternas durante el tercer trimestre entre gestantes adolescentes y de edad avanzada

#### **2.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el tercer

trimestre en gestantes adolescentes y de edad avanzada.

- Reconocer el grupo etario de mayor frecuencia en atenciones hospitalarias
- Identificar los intervalos de edad de mayor frecuencia dentro de cada grupo etario.
- Establecer al grupo etario que mayor frecuencia presentó parto por cesárea y vaginal.
- Identificar el grupo etario que presentó más controles prenatales.
- Reconocer el grupo etario que presentó más días en hospitalización.
- Comparar la hemoglobina de ingreso y egreso en cada grupo etario.
- Reconocer el porcentaje de primigestas en cada grupo etario.

## **2.4.-JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

Es evidente que la mortalidad materna no sólo es un problema médico, sino que también está asociada a determinantes sociales, por lo que es necesaria su cuantificación e interpretación en el contexto social y no sólo conocer la magnitud, características y circunstancias de su ocurrencia..

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo, siendo la gestación en adolescentes y añosas un grupo poblacional vulnerable a sufrir complicaciones que pueden tener consecuencias mortales, van a contribuir más a la pobreza en el círculo familiar, escolar, y a nivel de país.

Es un hecho conocido en el campo de la salud que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. Por todo lo antes mencionado, se realiza este trabajo de investigación con el afán de prestar especial interés y/o cuidado cuando el personal de salud atienda a este grupo etario.

### **III. ANTECEDENTES, MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL**

#### **3.1.-ANTECEDENTES**

En el ámbito internacional, respecto a embarazos en adolescentes, se han realizado trabajos como el de Tebeu y Cols, en Camerún, quienes llevaron a cabo un estudio en el Hospital Provincial de Marouaen donde encontraron que la tasa general de mortalidad materna fue de 1266 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte fueron la hipertensión arterial (17,5%), infecciones obstétricas (14.3%), ruptura del útero (14,3%), anemia (12,7%) y complicaciones del VIH (9,5%). Entre las mujeres que murieron, 28.6% eran adolescentes y 14.3% estaban en su sexto parto (o por encima) (9).

En México, Panduro Barón en el año 2012, realizó un estudio de casos y controles, en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca conformándolo 550 puérperas por cada grupo, en el grupo de las puérperas adolescentes se encontró que habían tenido las siguientes complicaciones maternas: rotura prematura de membranas (RPM) (22,5%) y amenaza de parto pretérmino (19,5%) con mayor frecuencia, mientras que en el grupo control RPM (13,6%) y amenaza de parto pretérmino (12,3%) (10).

Un año después, en el 2013, en el trabajo de investigación llevado a cabo, en este mismo hospital mexicano, por Zamora Lares y Cols, realizado con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20-30años), en donde se analizaron datos sociodemográfico, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las madres o sus neonatos, en esta última se encontró que la complicación más frecuente en las adolescentes fue la (RPM) (14,5% vs 5,7% casos) (11).

En Colombia, Congote y Cols. Realizaron un trabajo en 29.158 mujeres gestantes de 34 años o menores atendidas en los años 2002-2007 concluyendo que el embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo para eclampsia y restricción de crecimiento intrauterino, no así para otras morbilidades maternas o perinatales como preeclampsia y muerte intrauterina (3).

En nuestro país, Perú, específicamente en la zona del Cono Norte de Lima, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el año 2007, Sandoval y Cols. Realizaron un estudio de caso y controles en una población de dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, en donde encontraron que la edad promedio fue de 17,5 años, y la complicación más frecuente fue la infección urinaria, así como también hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado (6).

En Trujillo en el año 2007, en el Hospital Belén, se realizó un trabajo de investigación por Llerena Rivera, con 93 pacientes adolescentes primigestas y en 93 adultas primigestas, en donde encontró que las complicaciones maternas más frecuentes en estos grupos fueron la anemia con 23,66% para las adolescentes y 20,43% para las adultas, así como un trabajo de parto prolongado 8,6% y 0,62% respectivamente. Este estudio también encontró al oligohidramnios, embarazo prolongado y desprendimiento prematuro de placenta, como las complicaciones maternas con menor frecuencia dentro de los grupos mencionados (12).

En el 2010 Gonzales presentó un estudio realizado en el Hospital Belén de Trujillo en 200 primigestas adolescentes y 200 primigestas adultas, en donde encontró que la incidencia en complicaciones maternas en primigestas adolescentes fue de 80% y en primigestas adultas fue de 64%. En las adolescentes las principales complicaciones fueron anemia (21,5%), Cesárea (CST) (21,5%), RPM (16%), parto pretérmino (15,5%) y trabajo de parto prolongado (14,5%). En las adultas las principales complicaciones fueron: CST (28%), anemia (14%), RPM (13%) y trabajo de parto prolongado (12%) (13).

En el año 2011, en el Hospital antes mencionado, se llevó a cabo un trabajo de investigación por Navarro Rosell, en donde encontró que de dos grupos de gestantes, adolescentes y adultas, de 179 cada grupo, las complicaciones maternas fueron: Enfermedad Hipertensiva del embarazo (odds ratio, O.R.=1,2), anemia O.R.=1,3), hemorragia post parto (O.R.=1), desprendimiento prematuro de placenta O.R.=0), RPM (O.R.=0,91), labor de parto disfuncional (O.R.=0,78) y en restricción

de crecimiento intrauterino (O.R.=0) (14).

En lo que respecta a edad materna avanzada se han realizado trabajos como los de Heras Pérez y Cols., en España, 2011, Analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%) como diabetes gestacional (6.2%), metrorragia del primer trimestre (5.6%), y amenaza de parto prematuro (3.9%). Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio. En 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea. La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5% vs 2.77% en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada, fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas (15). En este mismo país dos años después, 2013, Grau Piera y Cols. Seleccionaron los partos asistidos en el Hospital Parc Taulí de Sabadell durante un periodo de 12 meses, excluyendo los partos múltiples, incluyeron un total de 3.308 gestantes, dividiéndolas en 2 grupos, de menos de 40 años (grupo 1), y mayores o igual a 40 años (grupo 2). Analizaron la morbimortalidad materna y neonatal en ambos grupos de edad para determinar si hubo diferencias, encontraron 115 (3,5%) gestantes tenían > 40 años así mismo encontraron en el grupo de más de 40 años mayor número de técnicas de reproducción asistida, y mayor incidencia de estados hipertensivos del embarazo, diabetes y parto por cesárea (16).

En Chile, Enrique Donoso y Cols, realizaron un estudio de base poblacional para determinar la tasa de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, según rango de edad materna, a lo largo de la edad fértil de la mujer, entre los años 2005 y 2010. Se definió para este estudio como edad fértil el período comprendido entre los 10 y 54 años. La edad materna fue estratificada en quinquenios entre los 10 y 54 años. La menor mortalidad según quinquenio de edad materna se usó como grupo control o de referencia, para el análisis de riesgo contra cada uno de los otros quinquenios. Dentro de los resultados encontrados referente a la mortalidad materna se concluyó que no hubo diferencia significativa en los grupos 10-14, 20-24 y 25-29 años

comparados con el grupo control (30-34 años). En los otros rangos de edad materna el riesgo fue significativamente mayor, duplicándose en las de 30-34 años y fue 18 veces mayor en las de 45-49 años (17).

Valls Hernández y Cols., en el 2009, realizaron en el Hospital Docente Ginecoobstétrico América Arias. La Habana, Cuba, un estudio observacional analítico tipo caso control de algunos aspectos del embarazo en mujeres mayores de 40 años, se escogieron 93 historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión por grupo, los resultados que encontraron fueron de hipertensión inducida por el embarazo 26.8% en los casos y 9.6% en el grupo control, anemia 21% vs 13% respectivamente y finalmente sepsis urinaria 22% y 17% respectivamente (18).

En Ecuador, Sánchez Sandoval y Yugsi Fajardo, en el 2013 realizaron un trabajo de investigación en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en 90 gestantes añosas, donde encontraron que las mujeres con edad avanzada habían tenido partos distócicos 56%, eutócicos 30%, óbito fetal 8% y 6% de aborto como también podemos aclarar que el aborto no se dio en mujeres de 41 a 43 años de edad. También se puede decir que las madres presentaron algunos factores de riesgo como 18% de madres gestantes sufrieron de hipertensión, 21% tuvieron múltiples embarazos, 16% presentaron placenta previa y 11% alumbraron a sus hijos con parto por cesárea (19).

Munares García O. y Gómez Guizado G, realizaron un trabajo de investigación en el cual estudiaban la anemia en gestantes de 35 años a más atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, entre los años 2009 a 2012, encontraron que la frecuencia fue de 26.96%, y que esta fue mayor para el tercer trimestre 30.02% (20).

En el 2006, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Tipiani Rodríguez realizó un trabajo de investigación en la cual comparó 166 casos de gestantes de 35 años o más con 324 gestantes menores de 35 años y encontró que la edad materna avanzada fue asociada independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto (OR 1,05), la cesárea por hemorragia del tercer trimestre (OR

1,05), el parto pretérmino (OR 1,08), la hipertensión crónica (OR), el aborto recurrente (OR 3,09) y la gran multiparidad (OR 10,34). Se halló mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes 'añosas'. La prevalencia de muerte perinatal, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna. Concluyendo que la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas (21).

En nuestra región, uno de los trabajos pioneros sobre mortalidad materna fue el realizado por el Dr. Purizaca Benites entre los años 1974 a 1981, abarcando un total de 7 años 3 meses, recopilando las historias clínicas de los 72 casos de muerte materna sobre un total de 26736 nacidos vivos en el Hospital Cayetano Heredia de Piura, de los cuales se observó que el grupo etario de 10 a 19 años y el de 40 ó más le correspondían 5 (6.94%) y 7 (9.72%) casos de mortalidad materna respectivamente. Así mismo otro cuadro en este trabajo nos indica que en las primigestas la mortalidad materna fue de 13 (18.05%) y en la que tenía su décimo ó más embarazo la mortalidad fue de 20 (27.77%).(22)

En otro trabajo de investigación realizado por el Dr. Purizaca Benites, en el mismo hospital de nivel III, mencionado en el párrafo anterior, que en esta ocasión se centró en la evolución de la eclampsia y que fue de tipo epidemiológico descriptivo, retrospectivo, comprendiendo los casos de eclampsia desde octubre de 1974 hasta setiembre de 1998, encontrando un total de 525 casos, de los cuales concluyó que dicha patología al grupo etario que más afecta es al de menores de 25 años de edad en 82.5%, así mismo en las primigrávidas se encontró que padecieron de dicha enfermedad un total de 73.7% (23).

Peña Guerrero I. en el 2002 presentó el trabajo de investigación realizado en el Hospital de Apoyo de Sullana, en el que estudió al grupo de las gestantes con edades comprendidas entre los 10 a 20 años y entre los 35 a 49 años, en ellas encontró que con respecto a las complicaciones obstétricas, las madres adolescentes presentaron 62.9% de complicaciones maternas respecto al grupo control, 10.9% tuvo RPM, 2.5% eclampsia, 14.4% preeclampsia, 1.1% hemorragia

del tercer trimestre, 13.7 % parto prematuro, 4.4% desgarros, 3.4% desproporción céfalo pélvica (DCP), 0.8% hemorragia del puerperio, 2.7% retención placentaria, 0.5% infección puerperal y 37.01% no tuvo ninguna complicación. Las madres añosas presentaron 63.1% de complicaciones maternas respecto al grupo control, 11.9% tuvo RPM, 2.5% amenaza de parto prematuro, 0.5% eclampsia, 17.9% preeclampsia. 4.5% hemorragia del tercer trimestre, 12.4% parto prematuro, 9.8% desgarros, 1.4% DCP, 1.6% hemorragia del puerperio, 2.7% retención placentaria, 0.3% infección puerperal y 36.9% no tuvieron complicaciones (24).

Aldana Yarlequé E. Realizó en el 2007 en Sullana un trabajo de investigación comparativo, que constaba de dos grupos cada uno de 140 primigestas de adolescentes y adultas, los resultados que se encontraron referente a las complicaciones maternas fueron que el grupo de las adolescentes presentó 58,6% anemia, mientras que en el de las primigestas adultas 45%, así mismo la infección del tracto urinario (ITU), representó 35% y 30% respectivamente (25).

En Piura, año 2005, en el estudio realizado por Gil Chiroque D., en el hospital III Cayetano Heredia, encontró durante el período 2002-2004, que la frecuencia de partos de las primigestas adolescentes fue de 8,6% y 1,3% a las añosas. Las complicaciones presentes en las primigestas adolescentes y añosas fueron: preeclampsia 20,77% en adolescentes y 23,50% en añosas, así mismo RPM fue de 13,07% en adolescentes y 13,36% en añosas (26).

Para el 2010, Fiestas Córdova, presentó un trabajo de investigación en el Hospital de Sullana II, realizado en el período de enero a diciembre del 2009, encontró una incidencia de primigestas adolescentes tempranas de 6.05% de los embarazos totales. Las complicaciones maternas con representación significativa fueron la anemia, DCP e infección puerperal.



### **3.2.-MARCO TEÓRICO:**

Durante el embarazo, uno de los riesgos biológicos es la edad materna en sus extremos, menos de 20 años y más de 35, siendo más alto para las menores de veinte años, disminuyendo luego, para volver a aumentar con intensidad creciente después de los treinta y cinco años.

Existe una edad materna ideal para la reproducción, la que está comprendida entre 20 y 34 años. Por debajo o por encima de estos límites, el peso de los recién nacidos disminuye, la incidencia de la prematurez y de desnutrición intrauterina aumenta.

#### **3.2.1.-CONCEPTOS GENERALES SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El embarazo en adolescentes es una problemática social que se le ha ubicado dentro de lo cultural, sin embargo, si bien es cierto, ésta problemática es tripartita e involucra a tres sectores: el educativo, el de salubridad y el familiar (27).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (28).

#### **• Adolescencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". Así mismo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece a la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años 11 meses y 29 días de edad. Se divide (29):

- En adolescencia temprana o que todo lo pueden hacer. Se preocupan por su apariencia física.
- Adolescencia tardía de 17 a 19 años. Se acercan de nuevo a sus padres, y aceptan su imagen corporal. Desarrollan su propio sistema de valores y definen sus metas profesionales.

De acuerdo con Issler a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas (27):

### **1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **2. – Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo

jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

### **3.2.2. CONCEPTOS GENERALES SOBRE EMBARAZO EN EDAD MATERNA AVANZADA**

#### **Embarazo después de los 35 años de edad:**

Debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, se observa en estos años una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores (21).

En la actualidad cerca de 10% de los embarazos ocurre en mujeres en este grupo de edad. Algunos estudios indican que después de los 35 años de edad existe un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como de morbilidad y mortalidad perinatales. La mujer mayor que tiene una enfermedad crónica o que está en malas condiciones físicas casi siempre tiene riesgos evidentes.

La tasa de mortalidad materna es más alta en mujeres de 35 años de edad y más. En comparación con las mujeres en la tercera década, las de 35 a 39 años tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de mortalidad relacionada con el embarazo; en las mujeres de 40 a más el riesgo es 5.3 veces más alto (8).

Los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de Ápgar, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de factores que son asociados con la edad avanzada.

Se ha publicado, sin embargo, estudios en los cuales gestantes mayores de 35 años no muestran mayor riesgo materno-perinatal que sus contrapartes más jóvenes (21).

### **3.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA GESTACIÓN**

#### **Complicaciones maternas de las gestantes adolescentes:**

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de padecer anemia y más riesgo de tener lactantes con peso bajo, trabajo de parto prematuro y una tasa más alta de mortalidad infantil. La incidencia de enfermedades de transmisión sexual, frecuentes en adolescentes, es incluso más alta durante el embarazo (8).

**El Control Prenatal tardío:** Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como hipertensión gestacional, anemia importante, parto prematuro y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años.

- **Bebés de Bajo Peso al nacer:** Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer, que los bebés nacidos de madres de 20 años o más.
- **Parto por Cesárea:** La causa principal de las cesáreas se debe fundamentalmente a la desproporción pélvico fetal (la pelvis de la adolescente no tiene el tamaño adecuado para permitir el parto), sobre todo en adolescentes jóvenes que no han completado en su totalidad su desarrollo físico.
- **Mortalidad Infantil Perinatal:** El riesgo de mortalidad infantil perinatal aumenta en los hijos de madres menores de 20 años.
- **Abortos provocados:** existe un aumento en el número de abortos provocados lo que pone en riesgo la vida de la adolescente (27).

#### **Complicaciones maternas de las gestantes en edad avanzada:**

Los riesgos fetales asociados a la edad materna provienen sobre todo de parto prematuro indicado por complicaciones maternas como hipertensión y diabetes; parto prematuro espontáneo; trastornos del crecimiento fetal asociados a enfermedad materna crónica o embarazo múltiple; aneuploidía fetal, y embarazos producidos mediante tecnología de reproducción asistida (6).

La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional / mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas,

especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbilidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria.

### **3.3.- MARCO CONCEPTUAL O DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.**

- **Gestante de Edad Avanzada:**

El embarazo en mujeres de 35 o más años ha sido definido como embarazo en edad materna avanzada, aunque otros utilizan este término a partir de los 40 años, y como embarazo en edad muy avanzada a partir de los 45 años, para resaltar la condición de mayor riesgo materno-perinatal de esas edades maternas. En Chile, se ha reportado el mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal del embarazo en adolescentes y en edad materna avanzada, concordante con publicaciones internacionales (17).

- **Gestante adolescente:**

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 19 años.

- **Complicaciones maternas:**

Estudios realizados en diferentes regiones del país y del mundo han explorado el impacto del embarazo en las adolescente y en las mujeres con edad materna avanzada, no sólo en ellas sino también en el nuevo ser. Las complicaciones más frecuentes en estas gestantes son las siguientes:

- Preeclampsia
- Eclampsia
- Anemia
- Infección del tracto urinario

- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Rotura Prematura de Membranas
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Corioamnionitis
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Amenaza de Parto Pretérmino
- Parto pretérmino
- Placenta Previa
- Rotura Uterina
- Embarazo Prolongado
- Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal
- Gestación Múltiple
- Alteraciones cromosómicas
- Diabetes gestacional

#### **IV. DISEÑO METODOLÓGICO.**

##### **4.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

- Según su alcance temporal: Retrospectivo.
- Según el período y secuencia del estudio: Transversal
- Según el análisis y alcance de resultados : Comparativo.
- Según el control de variables : Observacional.
- Según la orientación: Práctica

##### **4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El diseño de esta investigación será de tipo observacional o no experimental.

#### **4.3.- UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.**

##### **4.3.1.-UNIVERSO**

Todas las gestantes cuyo parto fue atendido entre el 1° de enero del 2014 y el 31 de diciembre del 2014 en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital II Santa Rosa

##### **4.3.2.-MUESTRA.**

Todas las gestantes con edades comprendidas entre los 10 a 20 años y entre los 35 a 49 años de edad y cuyo parto fue atendido en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital II Santa Rosa, entre el 1° de enero del 2014 y el 31 de diciembre del 2014

##### **4.3.3.- UBICACIÓN TEMPOROESPACIAL**

El Hospital II Santa Rosa - Piura, ubicado en la intersección de la Av. Grau con Av. Chulucanas, en del distrito 26 de octubre, provincia de Piura; en el que se atiende pacientes asegurados como no asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS), es un hospital de referencia y es centro de prácticas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura. El presente trabajo se realizó en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa Piura, durante el periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2014.

##### **4.3.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Historias clínicas completas de pacientes hospitalizadas que describan las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de las gestantes adolescentes y añosas
- Historias clínicas que estén dentro del período de enero a diciembre del 2014

- Historias clínicas autorizadas por el director del hospital en donde se realizará el estudio
- Historias clínicas de pacientes que tengan Seguro Integral de Salud, o no cuenten con ninguna clase de seguro.
- Historias clínicas de pacientes que hayan terminado en parto vaginal o cesárea en dicha institución.

#### **4.3.5.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Historias clínicas de gestantes adolescentes y añosas que hayan sido intervenidas quirúrgicamente por patologías que no sean obstétricas.
- Historias clínicas de gestantes adolescentes y añosas que no estén dentro del tercer trimestre de gestación.
- Historias clínicas de pacientes con alteraciones mentales que no estén relacionadas con el embarazo.
- Historias clínicas de gestantes cuya cesárea de emergencia sea por cesárea anterior, trabajo de parto disfuncional.
- Historias clínicas de pacientes que durante su hospitalización hayan sido transferidas a otro Hospital.



#### 4.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

##### 4.4.1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad de la gestante	<ul style="list-style-type: none"><li>• De 10 a 19 años</li><li>• De 35 a 49 años</li></ul>	Independiente	Intervalo
III trimestre de gestación	<ul style="list-style-type: none"><li>• <math>\geq 28</math> semanas</li></ul>	Independiente	Intervalo
Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Anemia	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Infección del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Desprendimiento Prematuro de Placenta	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Rotura Prematura de Membranas	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal
Oligohidramnios	<ul style="list-style-type: none"><li>• SI</li><li>• NO</li></ul>	Dependiente	Nominal

<b>Polihidramnios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Corioamnionitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Restricción del crecimiento intrauterino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Amenaza de Parto Pretérmino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Parto pretérmino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Placenta Previa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Rotura Uterina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Embarazo Prolongado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal
<b>Gestación Múltiple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>	Dependiente	Nominal

#### **4.4.2.-DEFINICIÓN OPERACIONAL.**

- **Gestante Adolescente:**

Mujer embarazada, cuyo rango de edad es de 10 a 19 años.

- Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
- Adolescencia tardía (17 a 19 años)
- Adolescencia media (14 a 16 años)

- **Gestante Añosa:**

Mujer embarazada, cuyo rango de edad es  $\geq 35$  años. La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió a la 'edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años. Otros términos comúnmente usados son 'añosa' 'madura' y 'geriátrica'.

- **Tercer trimestre de la gestación:**

Edad Gestacional  $\geq$  a las 28 semanas

- **Preeclampsia (30):**

Trastorno que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria.

- **Preeclampsia Leve:** Es aquella Preeclampsia asociada a presión arterial sistólica  $<160\text{mmHg}$  y diastólica  $<110\text{mmHg}$ , con ausencia de daño de órgano blanco.
- **Preeclampsia Severa:** Es aquella Preeclampsia asociada a presión arterial sistólica  $\geq 160\text{mmHg}$  y diastólica  $\geq 110\text{mmHg}$  ó a

evidencias de daño en órgano blanco.

- **Eclampsia (30):**

Complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

- **Anemia (30):**

Se defina la anemia durante la gestación como el hallazgo, de una hemoglobina menor de 12 gr/dl o un hematocrito inferior a 36% en la primera mitad del embarazo y menor de 11 gr/dl en la segunda mitad del embarazo.

- **Infección del tracto urinario (30) :**

- **Bacteriuria asintomática:** Presencia de bacteriuria significativa en una mujer sin síntomas de infección del tracto urinario.
- **Cistitis:** Presencia de síntomas de la parte baja de las vías urinarias con bacteriuria significativa en un urocultivo.
- **Pielonefritis aguda:** Infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones.
- **Bacteriuria sintomática:** Urocultivo con presencia de más de 100.000 UFC/ml de orina de un solo uropatógeno en una muestra obtenida por micción limpia

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta (30):**

Es la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento.

- **Rotura Prematura de Membranas (30):**

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.

- **Oligohidramnios (30):**

Disminución de líquido amniótico para una determinada edad gestacional. Ecográficamente se basa en la estimación del Índice de Líquido Amniótico es menor de 5 cm. para una gestación de 36-42 semanas tomadas en tres oportunidades y luego expresar el promedio.

- **Polihidramnios (30):**

Acúmulo patológico de líquido amniótico secundario a un aumento en la producción o deficiencia en la eliminación del mismo. Ecográficamente se define cuando el índice de líquido amniótico es igual o mayor a 25 cm.

- **Corioamnionitis (30):**

Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas.

- **Restricción del crecimiento intrauterino (31):**

Se ha definido como la incapacidad de lograr un crecimiento intrauterino óptimo dado por su potencial genético. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha optado por definir RCIU como "Un feto con un peso estimado por debajo del décimo percentil para la edad gestacional".

- **Placenta Previa (30):**

Se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero

- **Rotura Uterina (30):**

Solución de continuidad de la pared de útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto durante el embarazo o en el trabajo de parto

- **Embarazo Prolongado (30):**

Es aquel embarazo que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea (294 días o más)

- **Amenaza de Parto Pretérmino (30):**

Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor de 50% y/o dilatación menor de 3 cm.

- **Parto Pretérmino (30):**

Se denomina parto pretérmino al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días).

- **Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal (30):**

Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis

- **Gestación Múltiple (30):**

Embarazo en que coexisten dos o más fetos en la cavidad uterina.

#### **4.5.-RECOLECCIÓN DE DATOS.**

##### **4.5.1. Instrumentos. Descripción**

- Historias clínicas de pacientes que describan las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de las gestantes adolescentes y añosas atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa Piura
- Ficha de Recolección de Datos, creada para este trabajo de investigación.

##### **4.5.2. Procedimiento de recolección de datos.**

- Se solicitará permiso a las autoridades del Hospital II “Santa Rosa -Piura”. para la realización del estudio y poder obtener la información del Sistema Informático Perinatal y el permiso para la revisión de historias clínicas.
- Se procederá a seleccionar la muestra para el estudio.

- Se extraerán los datos de las Historias Clínicas seleccionadas en la ficha de recolección de datos.
- Se consideraran dos grupos de historias clínicas: las de las gestantes adolescentes y las de las gestantes añosas.
- El análisis estadístico de los resultados se realizará a través de programa informático SPSS19 y Microsoft Excel 2010.
- Se tabularán los resultados obtenidos.
- Se graficarán los resultados usando el programa Microsoft Excel 2010
- Se procederá a plantear las conclusiones en base a los datos obtenidos.
- Se procederá a la redacción del informe final de la investigación con la ayuda de Microsoft Word 2010.

#### **4.6.- PROCESO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

##### **4.6.1.- DIGITACIÓN**

- Microsoft Word 2010.
- Microsoft Excel 2010.

##### **4.6.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para las variables categóricas los resultados se presentan en número absoluto y proporciones. Para las variables continuas empleamos una medida de tendencia central y su respectiva medida de resumen



Para el análisis y procesamiento de información se realizará en una base de datos en el programa estadístico SPSS. Versión 19.0, para determinar si existe diferencia significativa entre ambos grupos, de acuerdo a los objetivos del estudio.

Para el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se utilizará tablas y gráficos de frecuencia, promedios y nivel de significación aplicando en análisis estadístico de  $X^2$  de Pearson

El intervalo de confianza utilizado será de 95%.

## **V. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio consistirá en el análisis de historias clínicas del Sistema Informático Perinatal del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa Piura, dándose a conocer sólo los resultados, teniéndose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (32).

Se tendrá suma consideración y respeto de las normas que rigen sobre el manejo de información de los pacientes asumidas en el código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (33).

## VI. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

### 6.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<div> <div>MES</div> <div>ACTIVIDADES</div> </div>	DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO	
	1° y 2° Sem	3° y 4° Sem	1° y 2° Sem	3° y 4° Sem	1° Sem	2° Sem
Revisión bibliográfica	X	X				
Diseño del proyecto	X	X				
Recolección de datos			X	X	X	X
Análisis de los datos					X	X
Presentación del informe						X
Informe final y presentación de Tesis						X



## 6.2. RECURSOS MATERIALES.

COSTO DE LOS MATERIALES Y DE SERVICIOS A UTILIZAR EN LA INVESTIGACIÓN			
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
MATERIALES			
Lapiceros y lápiz	4	S/ 3.00	S/ 20.00
Resaltadores	4	S/ 2.50	S/ 10.00
Correctores	3	S/ 3.50	S/ 10.00
CDs	5	S/ 1.00	S/ 10.00
Hojas	1000	S/ 15por 500 hojas	S/ 50.00
SERVICIOS			
Tiempo en computadora e internet	120 horas	S/ 1.00	S/ 400.00
Movilidad	-	-	S/ 100.00
Fotocopias	300 hojas	S/ 0.10	S/ 100.00
Impresión del trabajo y anillado	3 veces	-	S/ 150.00
TOTAL			S/850.00

## 6.3. FINANCIAMIENTO.

Todos los gastos de este estudio serán solventados por el autor de la investigación.

## 6.4. DURACIÓN DEL PROYECTO.

El estudio durará 3 meses

## VII. RESULTADOS

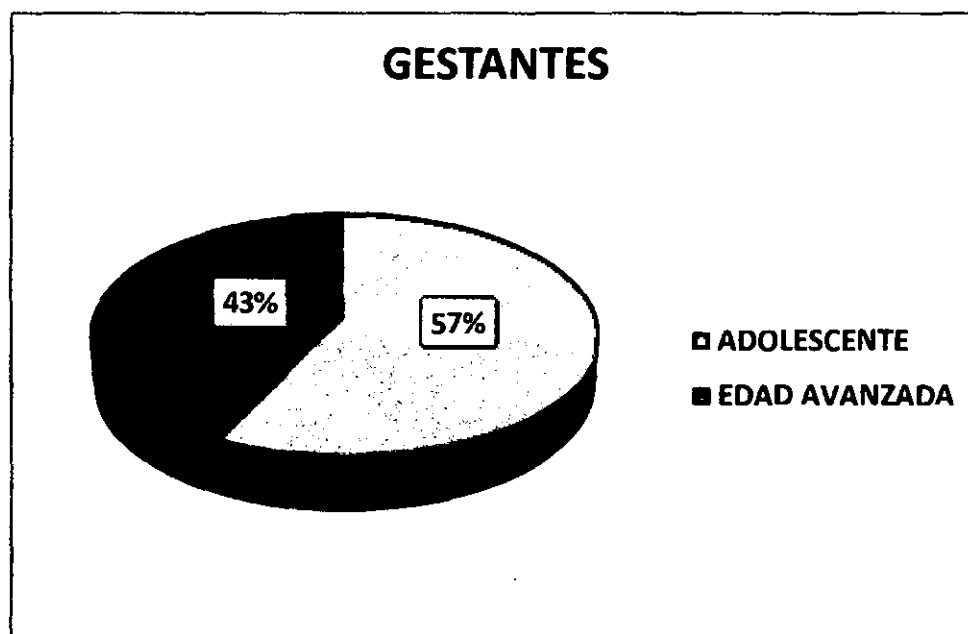
### CUADRO N°01

**TOTAL DE GESTANTES ADOLESCENTES Y GESTANTES DE EDAD AVANZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA – PIURA. ENERO-DICIEMBRE DEL 2014**

	FRECUENCIA	%
ADOLESCENTE	275	57%
EDAD AVANZADA	211	43%
TOTAL	486	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

### GRÁFICO N° 01



### INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°01 Y GRÁFICA N°01:

- Esta investigación incluyó a 486 gestantes adolescentes y de edad avanzada que han sido atendidas en el Hospital Santa Rosa-Piura, para la culminación de su parto ya sea por cesárea, vaginal o por alguna complicación materna dentro del tercer trimestre de gestación.
- Del cuadro N° 01, se puede inferir que de cada 10 atenciones entre gestantes adolescentes y añosas, 6 son adolescentes y 4 son de edad avanzada.
- De las atenciones que brinda el Hospital Santa Rosa-Piura, a las gestantes en los extremos de la vida, se encontró mayor frecuencia de adolescentes gestantes

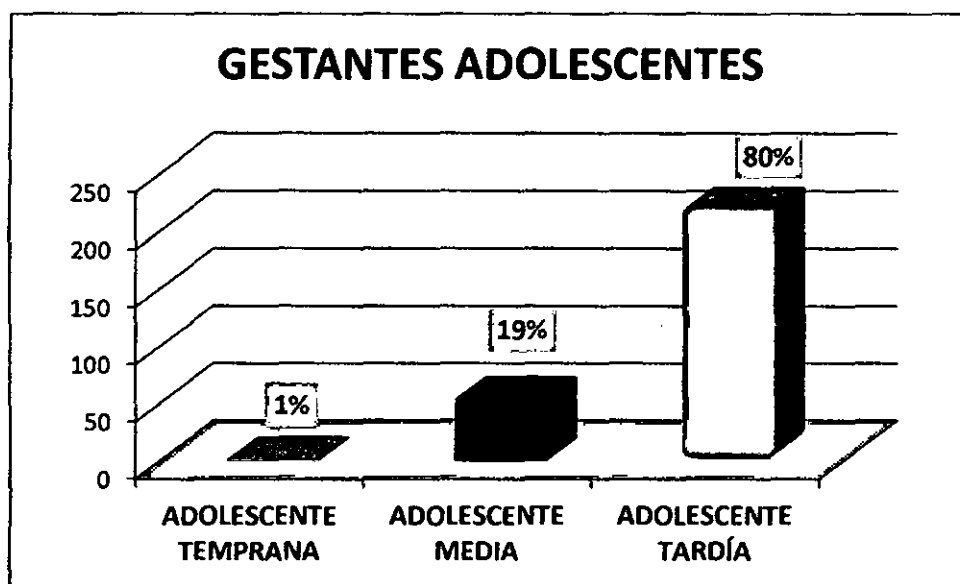
## CUADRO N° 02

### CLASIFICACIÓN DE LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA. ENERO-DICIEMBRE 2014

	FRECUENCIA	%
ADOLESCENTE TEMPRANA	2	0,72%
ADOLESCENTE MEDIA	54	19,64%
ADOLESCENTE TARDÍA	219	79,64%
TOTAL	275	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

## GRÁFICO N° 02



### INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°02 Y GRÁFICA N°02:

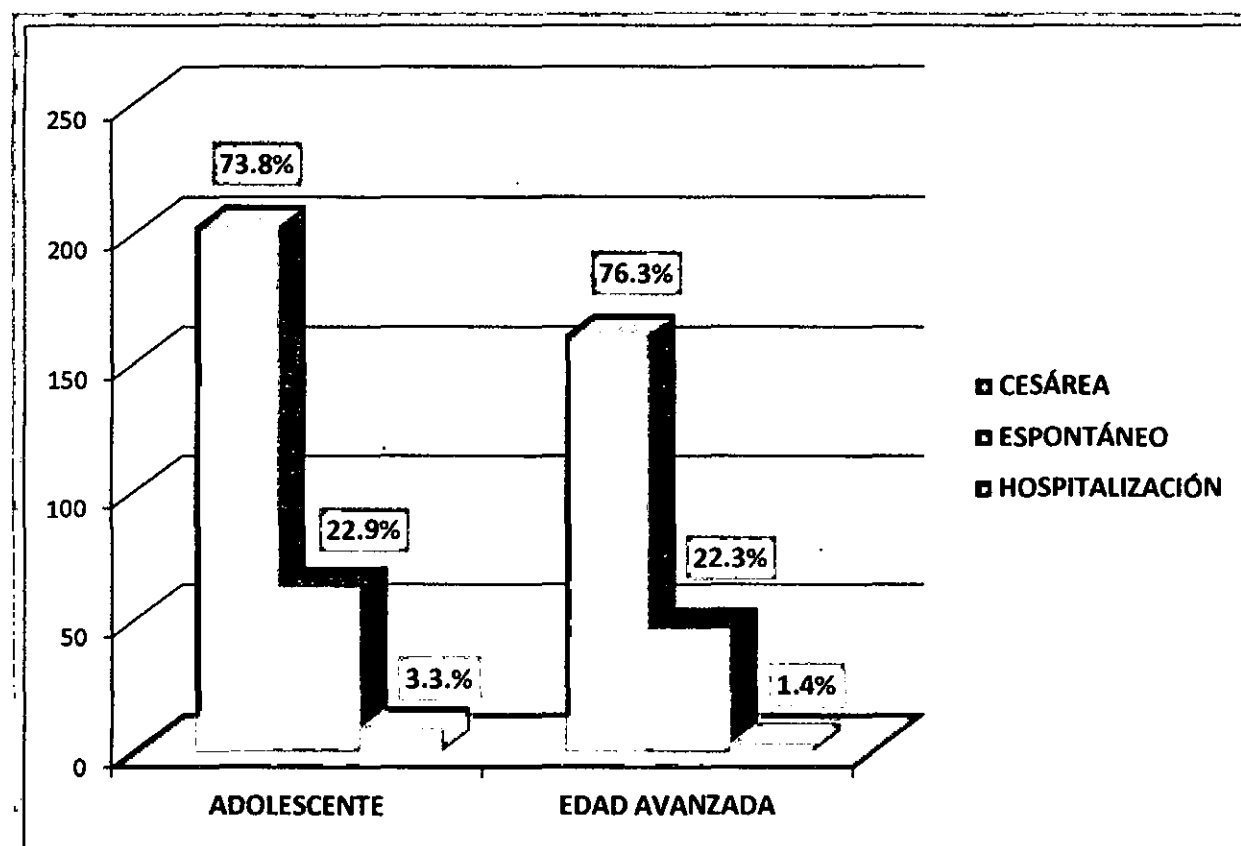
- El análisis de las adolescentes gestantes revela que es un grupo heterogéneo, en donde se encontró gestantes desde los 13 hasta los 19 años de edad.
- Pudiendo concluir que de cada 100 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa-Piura, una de ellas tiene 13 años de edad o menos.
- Así mismo de cada 10 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa-Piura, 2 de ellas tiene entre 14 a 16 años de edad.

**CUADRO N°03**

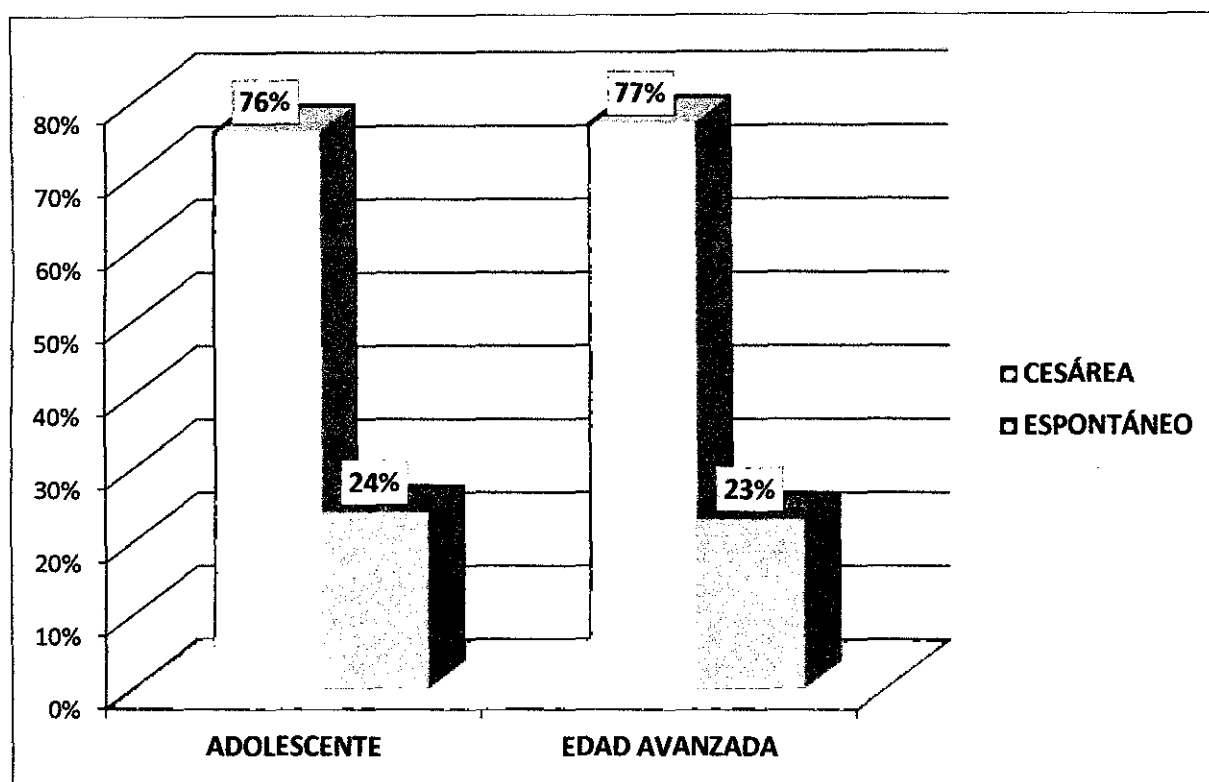
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES, DE ACUERDO AL MOTIVO DE ESTANCIA  
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA. ENERO-DICIEMBRE 2014**

	ADOLESCENTES		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
CESÁREA	203	73.8%	161	76.3%
ESPONTÁNEO	63	22.9%	47	22.3%
HOSPITALIZACIÓN	9	3.3%	3	1.4%
TOTAL	275	100%	211	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICA N° 03A**

### GRÁFICA N° 03B



*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

### INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°03 Y GRÁFICAS N°03ª Y 03B:

- Al realizar el análisis del cuadro n° 03 se observa la distribución de los grupos etarios estudiados según el motivo de estancia en el hospital, alguno de los cuales no terminaron necesariamente durante su hospitalización en cesárea o parto vaginal, es por ello que los porcentajes de las gráficas N°3A y 3B varían.
- Se infiere entonces que de las gestantes adolescentes 74% culminó en cesárea, 23% en parto vaginal y 3% tuvo una complicación que determinó que se hospitalizara y que no estuvo relacionada con la culminación de la gestación.
- Si se enfoca de otra perspectiva 76% de las adolescentes culminó su gestación vía cesárea, al igual que 77% de las gestantes de edad avanzada, cifras elevadas en comparación a las del parto vaginal.

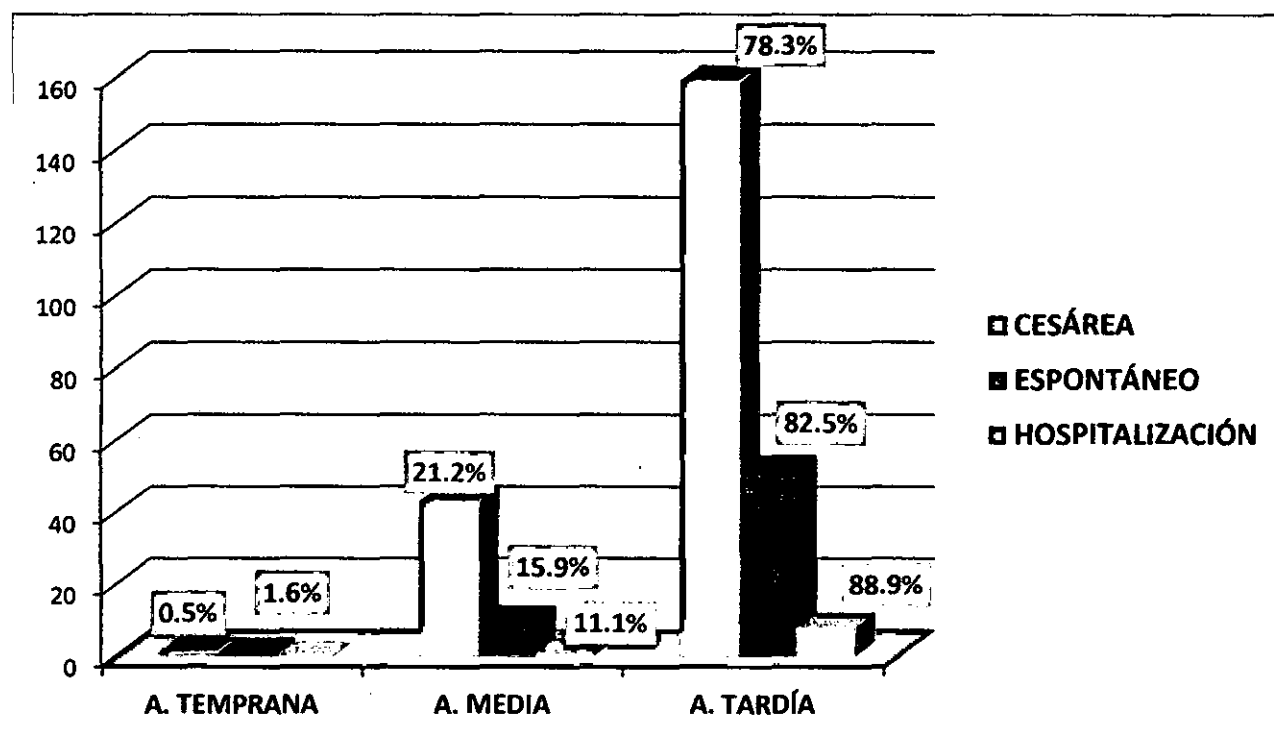
#### CUADRO N° 04

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTE Y MOTIVO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA. ENERO-DICIEMBRE 2014

	A. TEMPRANA		A. MEDIA		A. TARDÍA	
	N°	%	N°	%	N°	%
CESÁREA	1	50%	43	80%	159	73%
ESPONTÁNEO	1	50%	10	18%	52	24%
HOSPITALIZACIÓN	0		1	2%	8	4%
TOTAL	2	100%	54	100%	219	100%

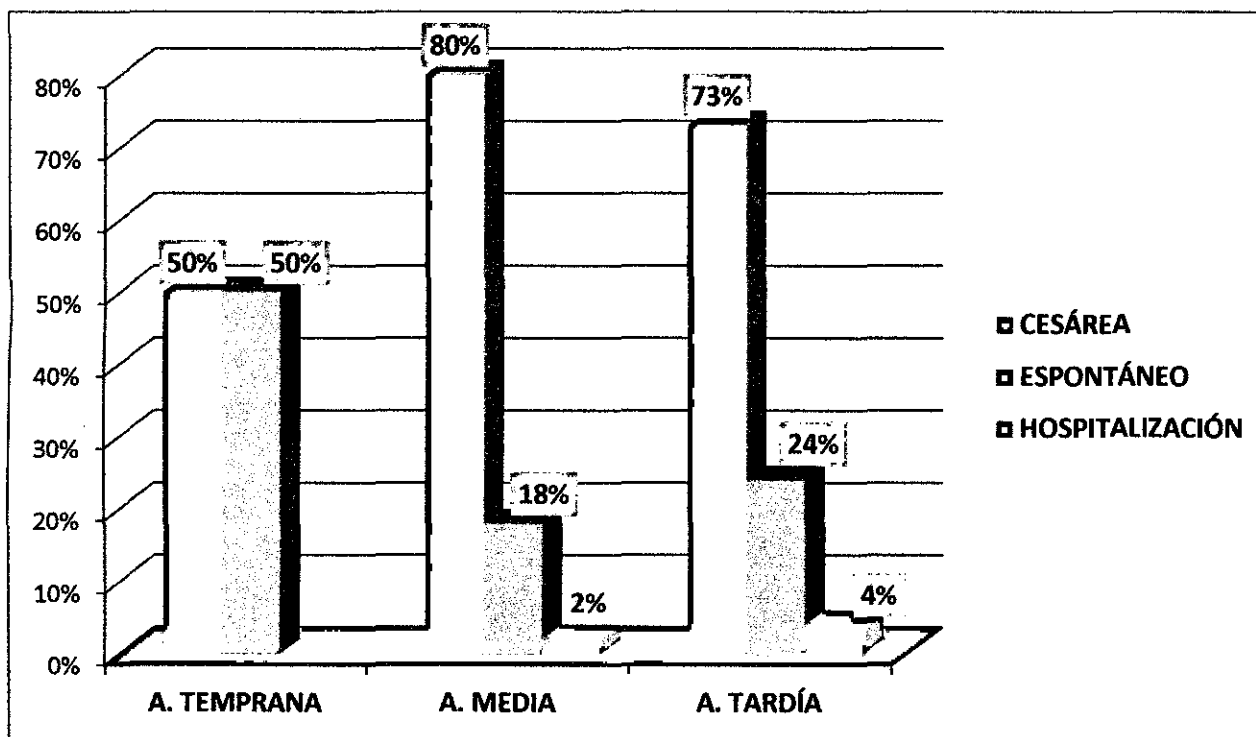
*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

#### GRÁFICA N° 04A





**GRÁFICA N° 04B**



**INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°04 Y GRÁFICAS N°04A Y 04B:**

- En la interpretación del cuadro N° 04 y gráficas, se puede inferir que tanto en la adolescencia media como tardía hay una mayor frecuencia hacia la culminación de la gestación por vía cesárea, equilibrándose las cifras en el grupo etario de las adolescentes tempranas, cuyo número de casos fue de dos pacientes.
- Así mismo no se observa hospitalizaciones por complicaciones del tercer trimestre en las gestantes adolescentes tempranas.
- Al analizar el gráfico 04A, se encuentra que de cada 100 cesáreas practicadas en adolescentes 78 de ellas tiene entre 17 y 19 años de edad.

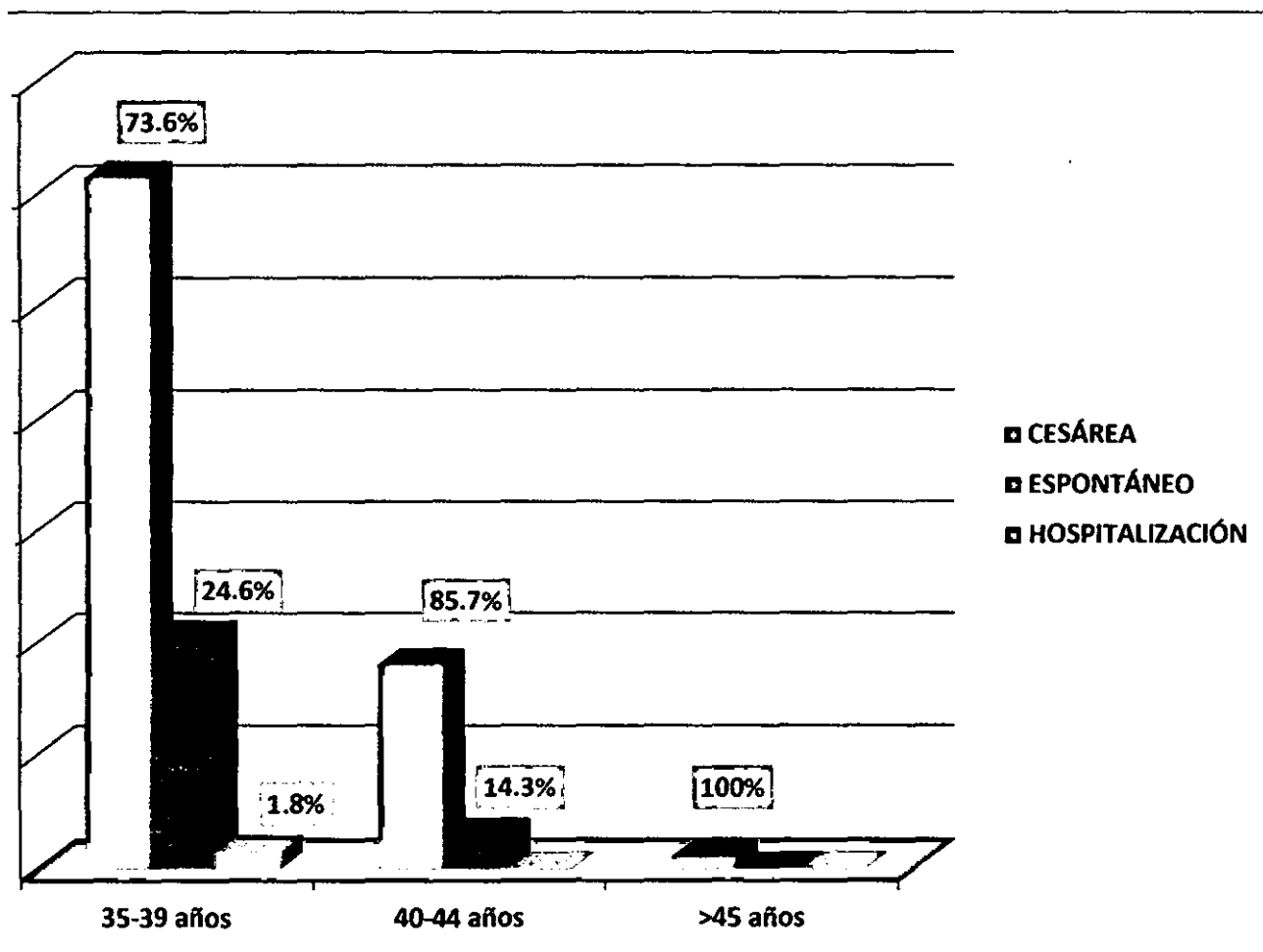
# CUADRO N° 05

## CUADRO GLOBAL DE LOS PARTOS Y HOSPITALIZACIONES DE LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA

	35-39 años		40-44 años		>45 años	
	N°	%	N°	%	N°	%
CESÁREA	123	73.6%	36	85.7%	2	100%
ESPONTÁNEO	41	24.6%	6	14.3%	0	
HOSPITALIZACIÓN	3	1.8%	0		0	
TOTAL	167	100%	42	100%	2	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

# GRAFICA N°05



### **INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°05 Y GRÁFICA N°05:**

- Para tener una visión más clara de las gestantes de edad avanzada se las ha subclasificado 3 grupos, que van desde los 35 a 39, 40 a 44 y mayores de 45 años de edad.
- En esta tabla se concluye que del grupo de 35 a 39 años, 74% de ellas el parto culminó su embarazo vía cesárea, aumentando la frecuencia para el grupo de mayores de 45 años de edad en donde 100% de ellas la gestación culminó vía cesárea.
- Así mismo se observa que 73.6% de las pacientes está en el intervalo de los 35 a 39 años de edad.

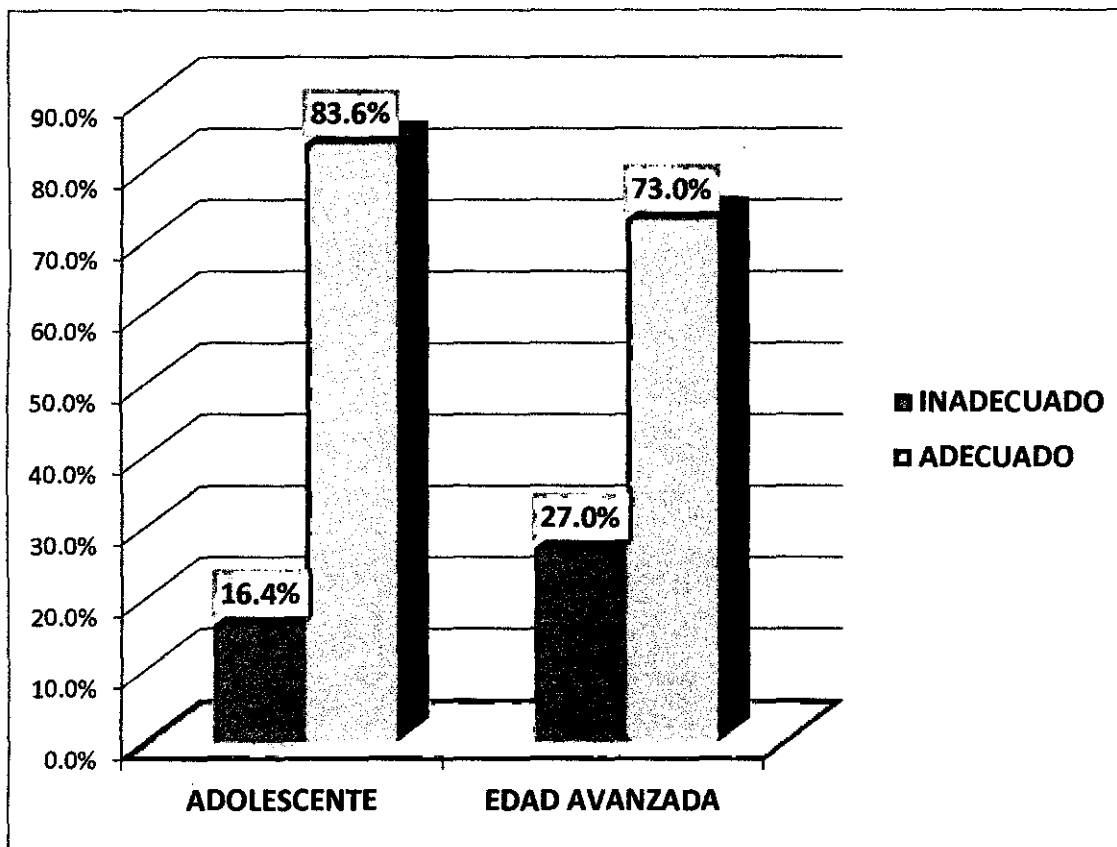
### **CUADRO N°06:**

**FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA. ENERO-DICIEMBRE 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
INADECUADO (1-5 CPN)	45	16.4%	57	27%
ADECUADO ( $\geq 6$ CPN)	230	83.6%	154	73%
TOTAL	275	100%	211	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICA N°06**



**INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°06 Y GRÁFICA N°06:**

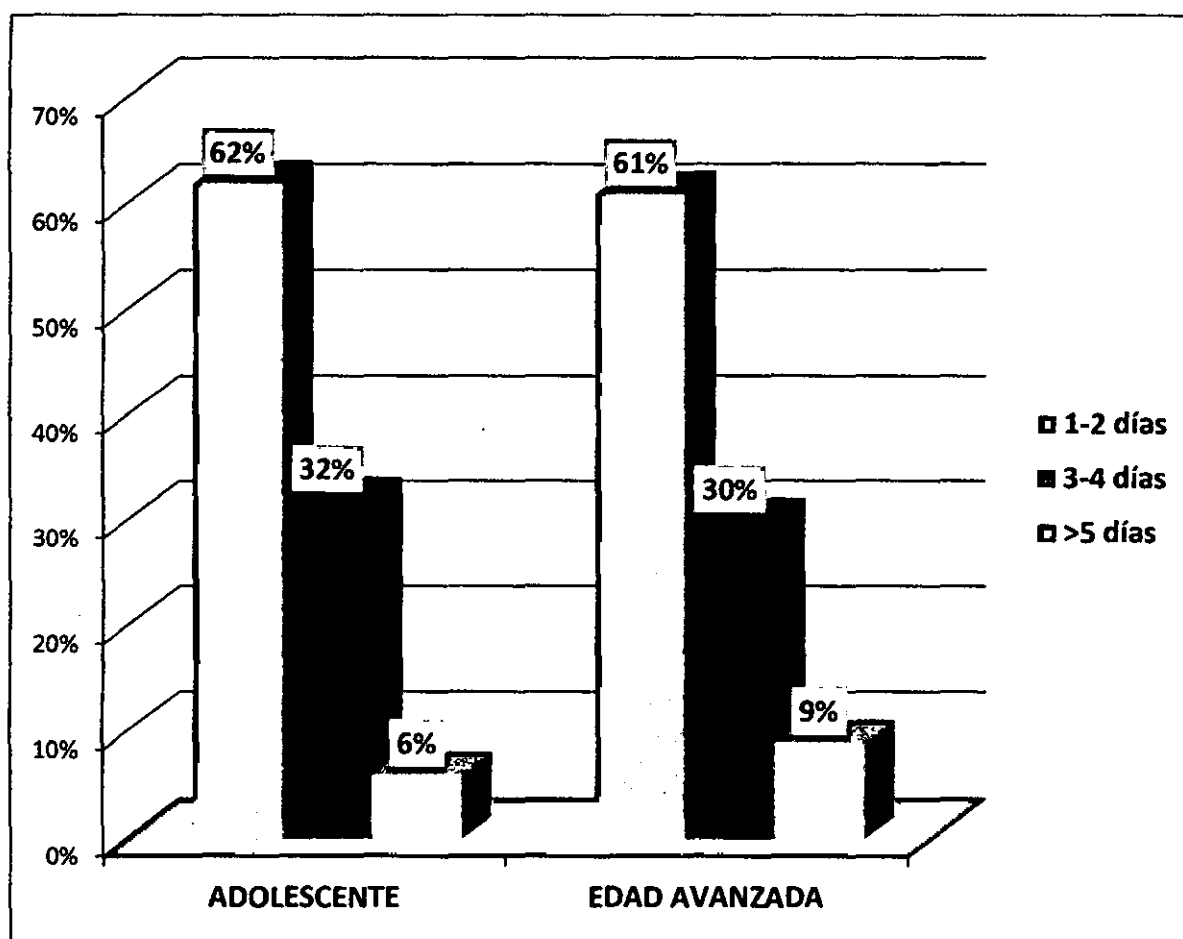
- El cuadro mostrado relaciona los grupos etarios de este estudio con sus controles prenatales. Debido a que no hay un consenso internacional a los controles prenatales adecuados en poblaciones de riesgo, esta investigación ha tomado 6 evaluaciones como mínimo para clasificar como adecuado control prenatal, según recomendaciones del MINSA.
- Entonces se concluye que las gestantes adolescentes cuentan con más evaluaciones que las de edad avanzada, controlándose adecuadamente 8 de cada 10 gestantes adolescente y 7 de cada 10 gestantes de edad avanzada también llevan un control prenatal adecuado.

**CUADRO N° 07**

**COMPARACIÓN DE LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS DE EDAD AVANZADA, EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA.ENERO-DICIEMBRE 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
1-2 DÍAS	171	62%	128	61%
3-4 DÍAS	89	32%	64	30%
>5 DÍAS	15	6%	19	9%
TOTAL	275	100%	211	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICA N° 07**

### **INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°07 Y GRÁFICA N°07:**

- Este cuadro relaciona las gestantes de edad avanzada y las adolescentes, con los días de hospitalización, dentro de los cuales se incluyen los días post cesárea, post parto vaginal y los de hospitalización por otras causas ginecoobstétricas que se presentaron en el tercer trimestre de la gestación.
- Entonces se puede apreciar, que del grupo de gestantes adolescentes 171 pacientes se quedaron en el hospital de 1 a 2 días, mientras que 15 de ellas se quedó 5 a más días. En el grupo de las gestantes de edad avanzada 128 se quedaron hospitalizadas por 1 a 2 días, mientras que 19 de ellas se quedaron de 5 a más días.
- De la gráfica N° 07 se puede inferir que en porcentajes son muy similares la estancia por días del grupo de las gestantes adolescentes y las de edad avanzada.

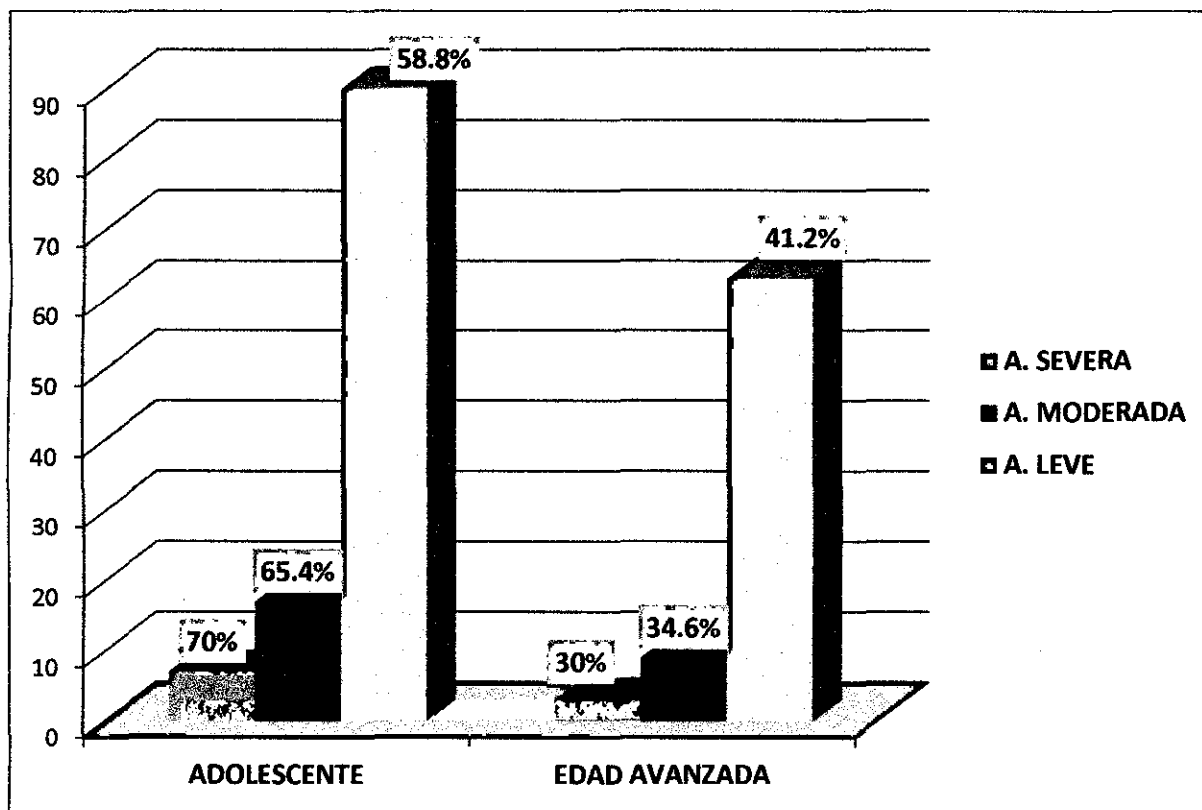
### **CUADRO N° 08**

**HEMOGLOBINA DE INGRESO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y DE EDAD AVANZADA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA, ENERO-DICIEMBRE. 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
A. SEVERA	7	6%	3	4%
A. MODERADA	17	15%	9	12%
A. LEVE	90	79%	63	84%
TOTAL	114	100%	75	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICA N° 08**



**INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°08 Y GRÁFICA N°08:**

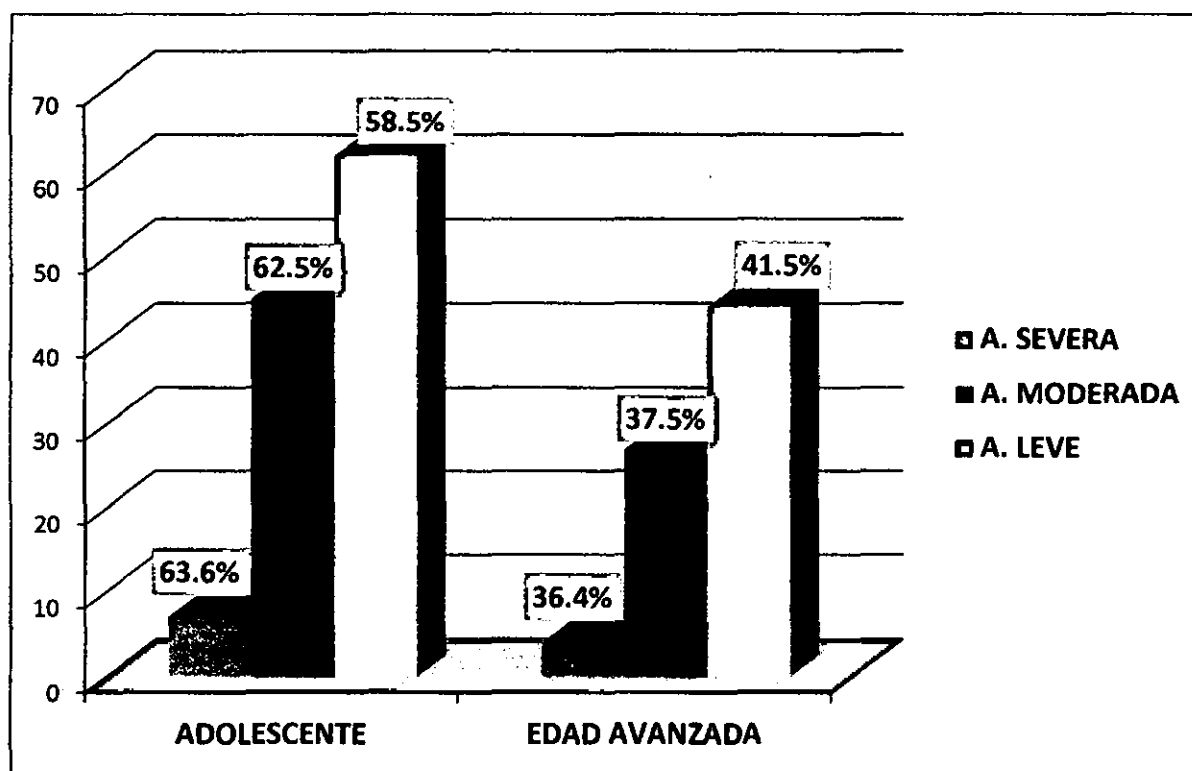
- El cuadro N°08 señala la hemoglobina de ingreso de las gestantes adolescentes frente a las gestantes de edad avanzada. Sólo se ha considerado las que tienen cierto grado de anemia, puesto que existen gestantes cuya hemoglobina estuvieron dentro de los parámetros normales tanto al ingreso de su hospitalización como al de salida.
- Entonces se concluye que de cada 100 gestantes adolescentes con anemia, 7 de ellas tiene anemia severa, razón que no está muy distante del grupo de las gestantes de edad avanzada ya que de 100 de ellas 3 presenta anemia severa.
- De la gráfica N°08, se infiere que tanto en los grupos de anemia leve, moderada y severa, el grupo de las gestantes adolescentes presentó el mayor porcentaje, representado en la anemia severa 70% frente a 30% de las de edad avanzada.

**CUADRO N° 09**

**HEMOGLOBINA DE EGRESO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y DE EDAD AVANZADA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA, ENERO-DICIEMBRE. 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
A. SEVERA	7	6%	4	5%
A. MODERADA	45	40%	27	36%
A. LEVE	62	54%	44	59%
TOTAL	114	100%	75	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICA N° 09**



### **INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°09 Y GRÁFICA N°09:**

- Este cuadro relaciona las hemoglobinas de egreso de las gestantes adolescentes frente a las de edad avanzada, es importante señalar que debido a que algunas gestantes presentaron una anemia severa se tuvo que hacer uso de transfusiones de paquetes globulares.
- El cuadro N° 09 nos muestra que de las gestantes adolescentes con anemia, al egreso del hospital, 54% de ellas presenta una anemia de tipo leve, mientras que el grupo de las gestantes de edad avanzada con anemia, 59% de ellas presenta anemia al egreso del hospital.
- Del gráfico N° 09, se observa que al egreso de la hospitalización, las gestantes adolescentes fueron quienes presentaron las cifras más bajas de hemoglobina. En el grupo de anemia severa las gestantes adolescentes representan 64% frente a 36% de las de edad avanzada.

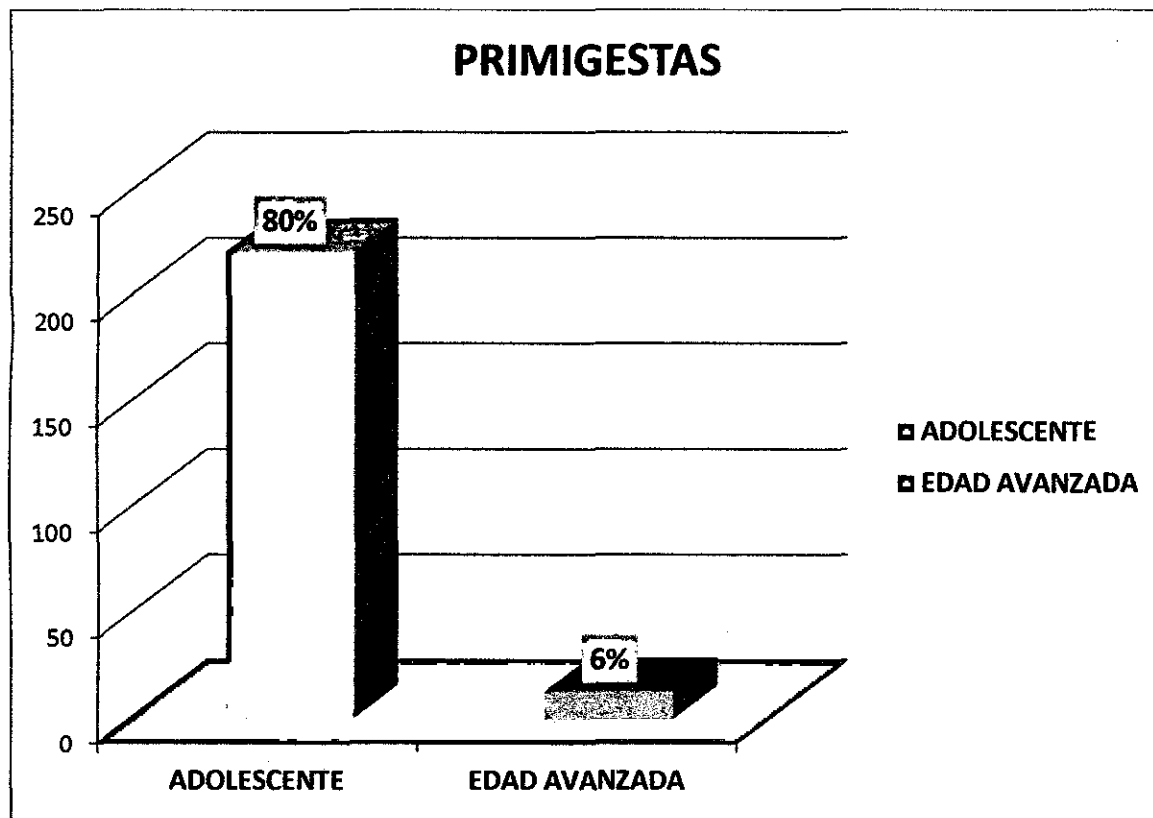
### **CUADRO N° 10**

**PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y PRIMIGESTAS DE EDAD AVANZADA CON COMPLICACIONES MATERNAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA, ENERO-DICIEMBRE. 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
PRIMIGESTAS	221	80,4%	13	6,2%
UNA O MÁS GESTAS PREVIAS	54	19,6%	198	93,8%
TOTAL	275	100%	211	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

**GRÁFICO N° 10**



**INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°10 Y GRÁFICA N°10:**

- El análisis del cuadro y gráfica N° 10, se tiene que de cada 10 adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa-Piura, 2 de ellas ya tienen como antecedente una gesta como mínimo, y del grupo de las gestantes de edad avanzada de cada 100 pacientes, 6 de ellas no han estado embarazadas previamente.

**CUADRO N° 11**

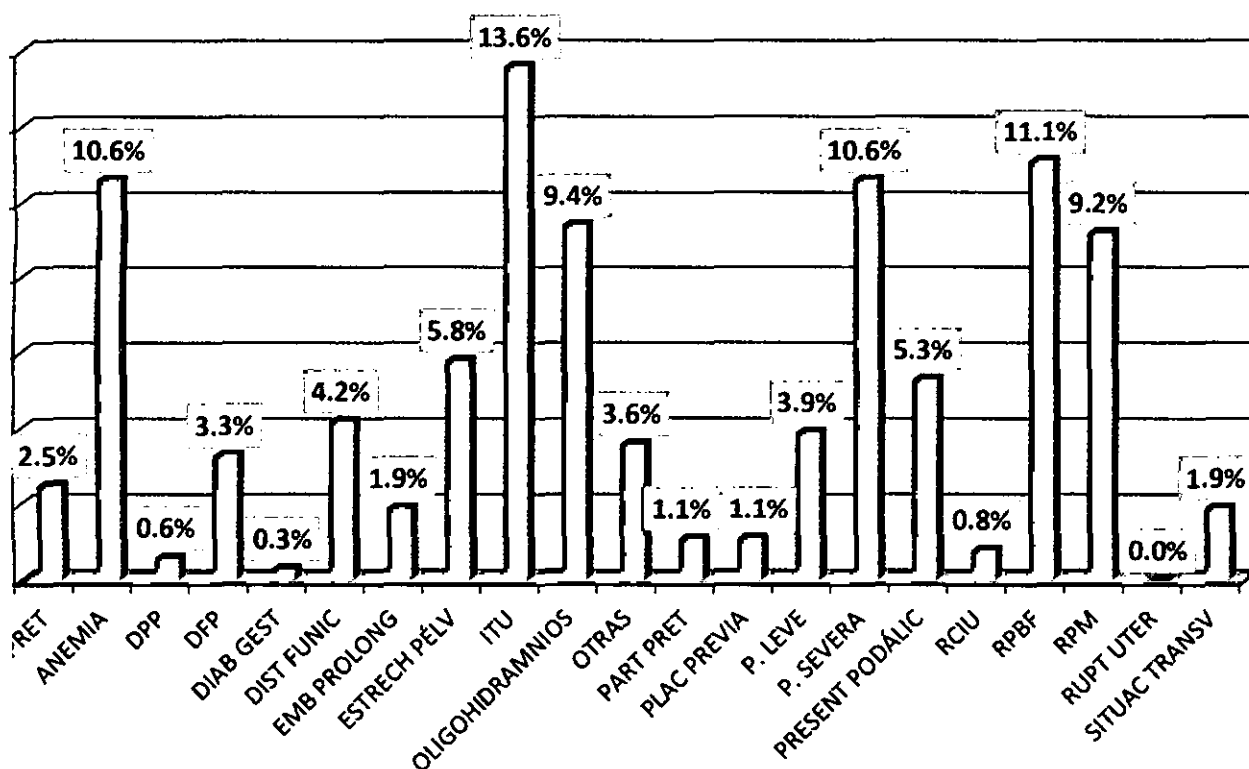
**DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS FRENTE A LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS DE EDAD AVANZADA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA, ENERO-DICIEMBRE. 2014**

	ADOLESCENTE		EDAD AVANZADA	
	N°	%	N°	%
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	9	2.5%	1	0.4%
ANEMIA	38	10.6%	8	2.8%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	2	0.6%	8	2.8%
DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA	12	3.3%	9	3.2%
DIABETES GESTACIONAL	1	0.3%	7	2.5%
DISTOCIA FUNICULAR	15	4.2%	10	3.6%
EMBARAZO PROLONGADO	7	1.9%	15	5.3%
ESTRECHEZ PÉLVICA	21	5.8%	0	0%
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	49	13.6%	27	9.6%
OLIGOHIDRAMNIOS	34	9.4%	29	10.3%
OTRAS	13	3.6%	15	5.3%
PARTO PRETÉRMINO	4	1.1%	8	2.8%
PLACENTA PREVIA	4	1.1%	8	2.8%
PREECLAMPSIA LEVE	14	3.9%	9	3.2%
PREECLAMPSIA SEVERA	38	10.6%	42	14.9%
PRESENTACIÓN PODÁLICA	19	5.3%	19	6.8%
RCIU	3	0.8%	5	1.8%
RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL	40	11.1%	19	6.8%
RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	33	9.2%	26	9.3%
RUPTURA UTERINA	0	0%	7	2.5%
SITUACIÓN TRANSVERSA	7	1.9%	9	3.2%
TOTAL	360	100%	281	100%

*Fuente Ficha de Recolección de datos.*

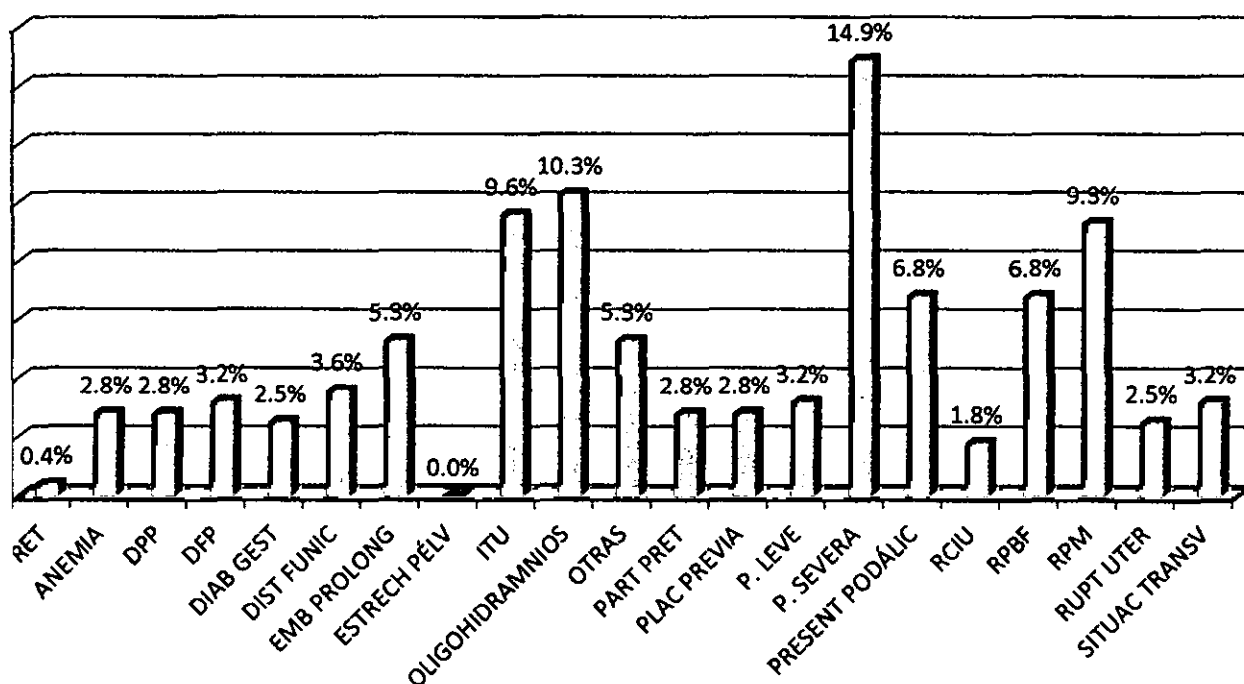
GRÁFICA N° 11A

### ADOLESCENTE



GRÁFICA N° 11B

### EDAD AVANZADA



## **INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°11 Y GRÁFICAS N°11A Y B:**

- Al analizar las complicaciones maternas de las gestantes adolescentes y gestantes de edad avanzada, se tiene que en las gráficas se observa que en el grupo de las de menos años de edad, las complicaciones médicas más frecuentes son la anemia y las infecciones del tracto urinario, con 10.6% y 13.6 % respectivamente, así mismo las complicaciones obstétricas más frecuentes son la preeclampsia severa con 10.6% y el riesgo de pérdida del bienestar fetal también con 11.1% del total de las complicaciones.
- Al observar el gráfico 11B se aprecia que en las complicaciones médicas, la de mayor frecuencia es la ITU, la cual representa 9.6%% de todas las complicaciones maternas en las gestantes de edad avanzada. Así mismo de las complicaciones obstétricas, la de mayor frecuencia es la preeclampsia severa con 14.9% del total de las complicaciones.

### **CUADRO N° 12**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES, EDAD AVANZADA Y FRECUENCIA ESPERADA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA-PIURA, ENERO-DICIEMBRE. 2014**

		ADOLESCENTE	EDAD AVANZADA
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	Recuento	9	1
	Frecuencia esperada	5,6	4,4
	%	90,0%	10,0%
ANEMIA	Recuento	38	8
	Frecuencia esperada	25,8	20,2
	%	82,6%	17,4%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	Recuento	2	8
	Frecuencia esperada	5,6	4,4
	%	20,0%	80,0%
DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA	Recuento	12	9
	Frecuencia esperada	11,8	9,2
	%	57,1%	42,9%
DIABETES GESTACIONAL	Recuento	1	7
	Frecuencia esperada	4,5	3,5

	%	12,5%	87,5%
DISTOCIA FUNICULAR	Recuento	15	10
	Frecuencia esperada	14,0	11,0
	%	60,0%	40,0%
EMBARAZO PROLONGADO	Recuento	7	15
	Frecuencia esperada	12,4	9,6
	%	31,8%	68,2%
ESTRECHEZ PÉLVICA	Recuento	21	0
	Frecuencia esperada	11,8	9,2
	%	100,0%	,0%
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	Recuento	46	27
	Frecuencia esperada	41,0	32,0
	%	63,0%	37,0%
OLIGOHIDRAMNIOS	Recuento	34	29
	Frecuencia esperada	35,4	27,6
	%	54,0%	46,0%
OTRAS	Recuento	13	15
	Frecuencia esperada	15,7	12,3
	%	46,4%	53,6%
PARTO PRETÉRMINO	Recuento	4	8
	Frecuencia esperada	6,7	5,3
	%	33,3%	66,7%
PLACENTA PREVIA	Recuento	4	8
	Frecuencia esperada	6,7	5,3
	%	33,3%	66,7%
PREECLAMPSIA LEVE	Recuento	14	9
	Frecuencia esperada	12,9	10,1
	%	60,9%	39,1%
PREECLAMPSIA SEVERA	Recuento	38	42
	Frecuencia esperada	44,9	35,1
	%	47,5%	52,5%
PRESENTACIÓN PODÁLICA	Recuento	19	19
	Frecuencia esperada	21,3	16,7
	%	50,0%	50,0%
RCIU	Recuento	3	5
	Frecuencia esperada	4,5	3,5
	%	37,5%	62,5%
RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL	Recuento	40	19
	Frecuencia esperada	33,1	25,9
	%	67,8%	32,2%
RUPTURA PREMATURA	Recuento	33	26

DE LAS MEMBRANAS	Frecuencia esperada	33,1	25,9
	%	55,9%	44,1%
RUPTURA UTERINA	Recuento	0	7
	Frecuencia esperada	3,9	3,1
	%	,0%	100,0%
SITUACIÓN TRANSVERSA	Recuento	7	9
	Frecuencia esperada	9,0	7,0
	%	43,8%	56,3%
TOTAL	Recuento	360	281
	Frecuencia esperada	360,0	281,0
	%	56,2%	43,8%

$\chi^2$  de Pearson= 76.319;  $p<0.001$ ;  $\alpha=0.05$

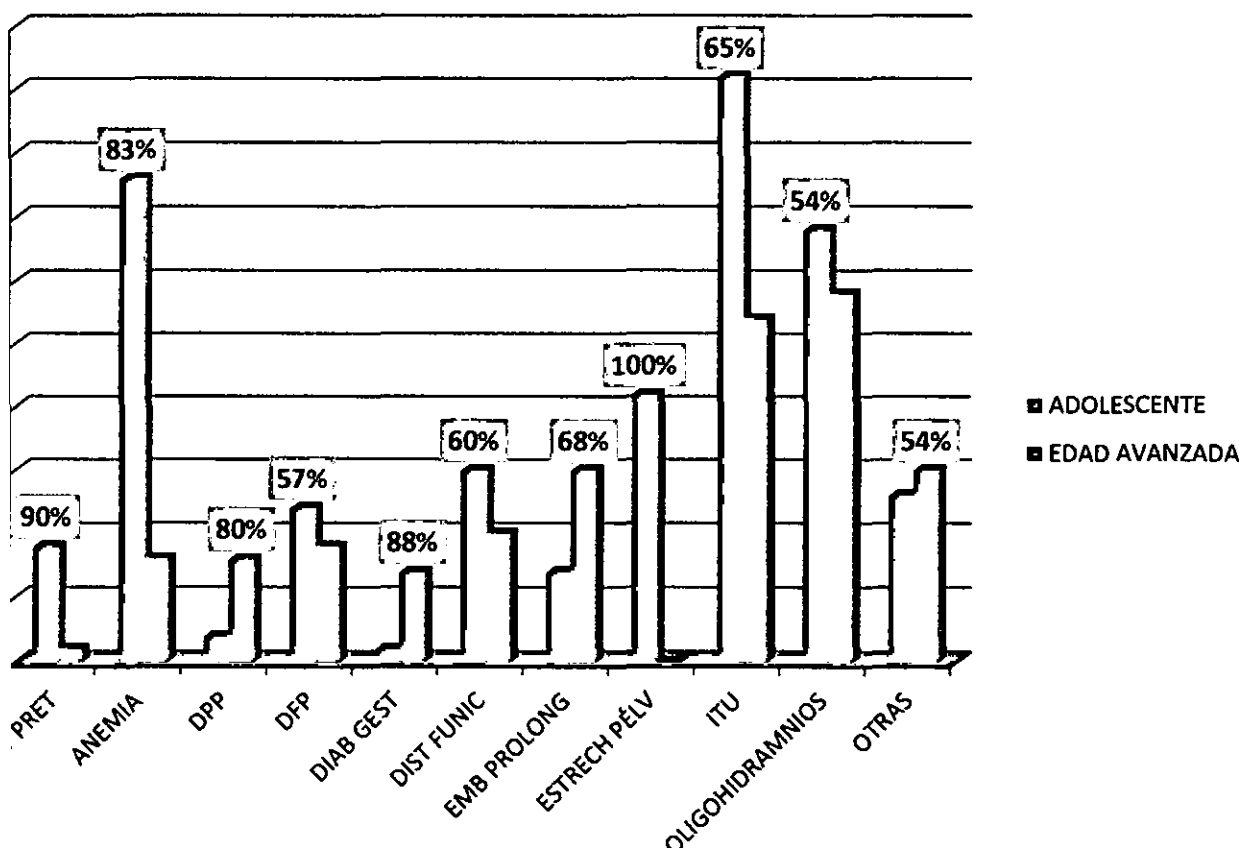
Razón de verosimilitudes = 89,796;  $p<0.001$

8 casillas (19%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

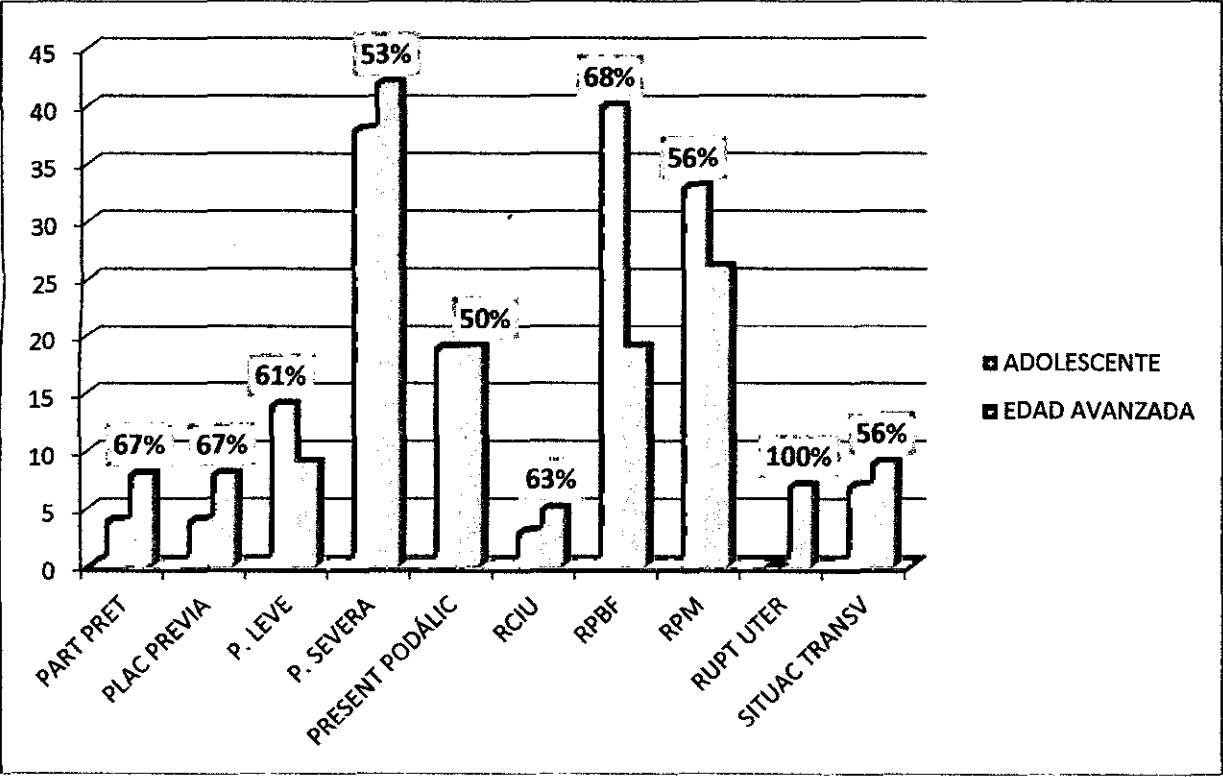
La frecuencia mínima esperada es de 3.07

Coefficiente de contingencia 0.326;  $p<0.001$

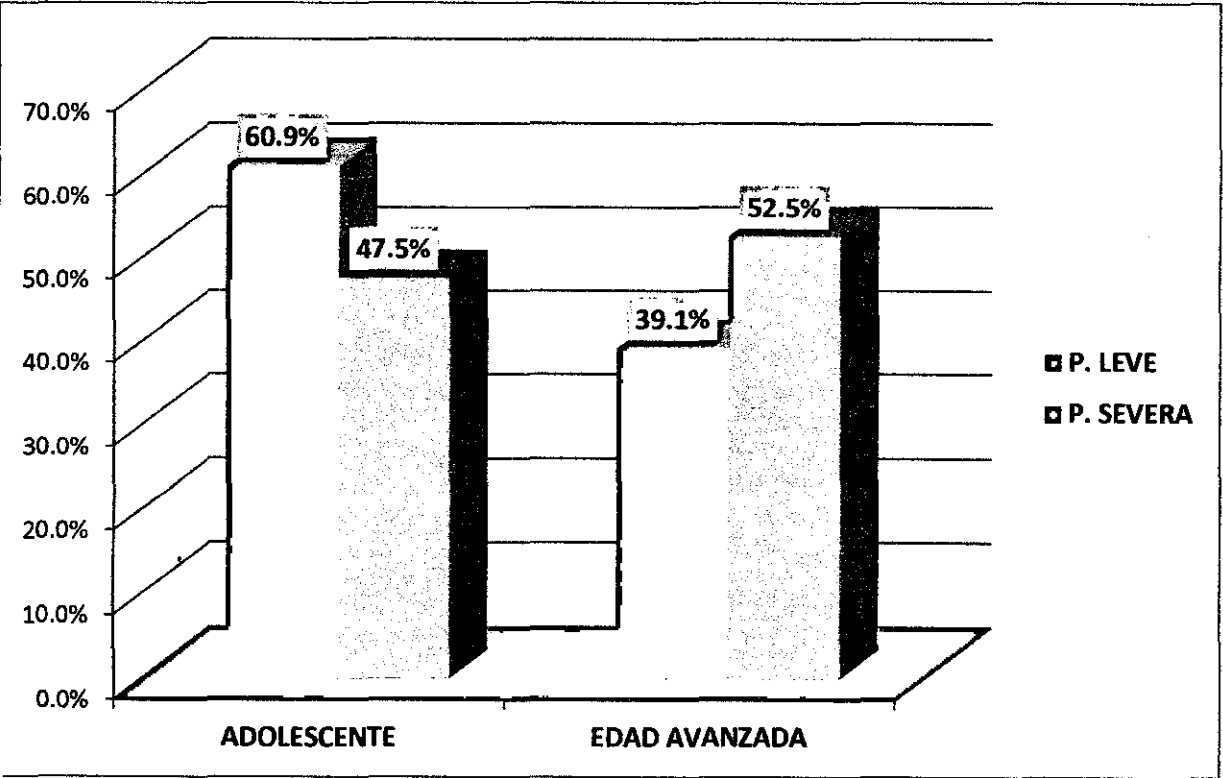
## GRAFICO N° 12A



GRÁFICA N° 12B



GRÁFICA N° 12C:





## **INTERPRETACIÓN DE CUADRO N°12 Y GRÁFICA N°12ª, 12B Y 12C:**

- La interpretación del cuadro 12 relaciona las complicaciones maternas entre las gestantes adolescentes y las de edad avanzada, tanto en la frecuencia observada, recuento, así como la frecuencia esperada y el porcentaje, que ayudará al cálculo estadístico y posterior evaluación de las hipótesis planteadas para este trabajo de investigación.
- Es importante mencionar que hay más complicaciones maternas que las gestantes en evaluación, debido a que una sola gestante puede ser atendida por una o incluso hasta 4 patologías en una sola ocasión.
- Se concluye que, no hay frecuencia esperada menor que 5, es decir los datos cumplen con la condición de la prueba.
- También se infiere que, el grado de significancia es de  $p < 0,001$ , esto es menor que 0.05 establecido, por lo tanto se concluye: Estadísticamente hay evidencias para desechar  $H_0$  y se acepta  $H_1$ , en otras palabras existe relación entre las variables de edad materna y las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de gestación, es decir existe asociación.
- El coeficiente de contingencia afirma aún más que existe asociación entre la variable edad materna y complicación materna.
- En la interpretación de las gráficas se tiene que de los casos de anemia 83% se presentaron en gestantes adolescentes y de los casos de preeclampsia severa 53% se presentó de gestantes de edad avanzada.
- En lo concerniente a los trastornos de hipertensión inducidos por el embarazo se encuentra que lo presentan ambos grupos por igual, 50% de los casos. Pero si se tomara solamente a la preeclampsia severa, 52.5% de los casos de esta patología pertenecería a la de las gestantes en edad avanzada.

## VIII. DISCUSIÓN

El Presente trabajo de investigación, realizado en el Hospital Santa Rosa-Piura, durante el período enero a diciembre del 2014, el cual es una institución nivel II perteneciente al Ministerio de Salud, consta de 486 pacientes estudiadas, entre gestantes adolescentes y edad avanzada, siendo una cantidad importante de pacientes en comparación con la población estudiada por Gil Chiroque (13), que fue de 1054 partos, con la salvedad de que éste se realizó en el Hospital Cayetano Heredia-Piura, nivel III, perteneciente al Seguro Social, realizada en 2 años, con menos criterios de exclusión y sólo en primigestas.

En este trabajo de investigación del total de las complicaciones maternas estudiadas 275 (57%) pertenecen a las gestantes adolescentes, y 211 (43%) a las gestantes de edad avanzada.

En cuanto a la clasificación de la adolescencia se encontró que de las gestantes adolescentes con complicaciones maternas 1% fueron adolescentes tempranas (menores o iguales a 13 años de edad), 19% adolescentes medias (14 a 16 años de edad), y 80% adolescentes tardías (17 a 19 años de edad). Estas cifras son similares a las encontradas por Aldana Yarlequé (25) en el Hospital de Apoyo de Sullana, en el año 2006, ya que la incidencia de adolescentes gestantes fue 85.3%, con una edad promedio de 17.35 años de edad. Se encontró también en la investigación realizada, en Lima en el año 2004, por Sandoval y Cols, que el promedio de las edades del grupo de adolescentes (17.5) no se diferencia mucho del promedio de las adolescentes tardías (17.7) y que el número de adolescentes menores de 16 años sólo fueron 6.8%.

En lo que concierne a las gestantes de edad avanzada, esta investigación concluyó que 79% de las gestantes de edad avanzada está en el intervalo de los 35 a 39 años de edad. Este resultado es muy similar al encontrado por Tipiani Rodríguez O. (24) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima, que estudió 490 pacientes, de las cuales 166 tenían una edad igual o mayor de 35 años. La edad media de los casos fue de 37.7 años

En nuestra investigación, del grupo de las gestantes adolescentes, 76% la gestación culminó en cesárea, mientras que similar ocurrió en el grupo de las gestantes de edad avanzada con 77%. En el grupo etario de las adolescentes tempranas, cuyo número de casos fue de dos pacientes, el porcentaje de culminación del embarazo fue de 50% vía cesárea, al ser muy baja la frecuencia para este grupo no sería estadísticamente significativo para arrojar una conclusión. Las cifras de porcentajes de esta investigación duplican a las encontradas por Zamora Lares y Cols, en México, en 330 pacientes adolescentes, menores de 18 años de edad, en el 2013, en el cual la culminación del parto vía cesárea representó 33%, frente a 67% del parto eutócico.

En lo referente al control prenatal, las gestantes adolescentes que tuvieron un control prenatal deficiente de su embarazo representaron 16.4% y un adecuado control del mismo 83.6%. Estas cifras son menores a las encontradas en el trabajo de investigación realizado por Peña Guerrero (15), en el Hospital de Apoyo de Sullana, entre 1996-2000, en donde las adolescentes con control prenatal deficiente representaban 67%, y un adecuado control prenatal 33%.

Del grupo de las gestantes de edad avanzada, 27% tuvo un control deficiente, mientras que 73% de las mismas presentó un buen control de su gestación. Estos porcentajes son menores a los de las gestantes de edad avanzada encontradas por Peña Guerrero, pues investigó que 62% tuvo un control deficiente mientras que 38% presentó un control adecuado. Es importante mencionar que Peña Guerrero, toma como un control adecuado a las gestantes que acuden como mínimo a 3 evaluaciones, y actualmente se toma como mínimo 6 evaluaciones, según recomendaciones del MINSA. En México Zamora Lares y Cols (11) encontraron que las adolescentes tenían un control inadecuado o deficiente de su embarazo 54% de ellas y un buen control del mismo 46% de ellas, la similitud con este trabajo de investigación radica en que Zamora Lares y Cols toman como punto de quiebre para clasificar un buen control prenatal 6 a más evaluaciones.

El Dr Purizaca Benites (22), en su trabajo de investigación realizado desde octubre de 1974 a diciembre de 1981, en el Hospital Cayetano Heredia-Piura, encontró en lo que se refiere a control prenatal, una tasa de mortalidad de 91.66%, representando a

las 66 muertes maternas relacionadas con un nulo control prenatal.

En cuanto a los días de hospitalización, del grupo de gestantes adolescentes 62% se quedó en el hospital de 1 a 2 días, mientras que 6% se quedó 5 a más días. Cifras similares presentó el grupo de las gestantes de edad avanzada ya que 61% se quedó hospitalizada por 1 a 2 días, mientras que 9% se quedó de 5 a más días.

En lo referente a las gestaciones anteriores, se encontró que de las gestantes adolescentes 80% eran primigestas y 20% ya tenían un embarazo como mínimo, estas cifras son muy similares a la incidencia de 80% de adolescentes primigestas con complicaciones maternas que encontró González Arteaga (10) en el Hospital Belén de Trujillo, durante los años 2005 a 2010.

Del grupo de las gestantes de edad avanzada 7% era su primer embarazo y 93% ya tenía una gestación previa como mínimo, cifra que es muy similar a la de Peña Guerrero (15), en el Hospital de Apoyo Sullana, entre 1996-2000, encontró una incidencia de 95% de gestantes de edad avanzada que ya tenía una gestación anterior como mínimo.

Con respecto a las complicaciones médicas, se encontró que en el grupo de las gestantes adolescentes 10.6% presentó anemia y 13.6% presentó infección del tracto uterino, del total de las complicaciones maternas. Mientras que para el grupo de las gestantes de edad avanzada 2.8% presentó anemia y 9.6% presentó infección del tracto uterino, del total de complicaciones maternas.

Este resultado coincide con el de Sandoval J. y Cols (7), realizado en el 2004 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el cual encontraron que la complicación más frecuente de las gestantes adolescentes fue la infección de la vía urinaria, en relación al grupo control, con diferencia altamente significativa ( $p=0.00$ ).

Las cifras de la investigación realizadas en el Hospital Santa Rosa son mucho menores a las de Navarro Rosell (9), en su trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo, del 2005 al 2011, el cual encontró que 74 (21%) de las adolescentes gestantes presentó anemia y para el grupo de las gestantes de edad avanzada encontró que de éstas, 63 (18%) presentó anemia.

En lo referente a las complicaciones obstétricas, las de mayor significancia, en el grupo de las gestantes adolescentes: 3.3% tenía desproporción feto pélvica, 4.2% distocia funicular, 1.9% embarazo prolongado, 5.8% estrechez pélvica, 9.4% oligohidramnios, 1.1% parto pretérmino, 3.9% preeclampsia leve, 10.6% preeclampsia severa, 1.1% placenta previa, 11.1% riesgo de pérdida de bienestar fetal, 9.2% RPM, 1.9% situación transversa y 3.6% otras patologías, dentro de las cuales dos gestantes adolescentes presentaron eclampsia, porcentaje que se ve disminuido por el nivel de complejidad en donde se atiende dicha enfermedad, pero dentro de este pequeño grupo de eclampsias, ambas eran primigrávidas, una con control prenatal adecuado y la otra deficiente, pero ambas terminaron en parto vía cesárea.

En el trabajo realizado por el Dr. Purizaca Benites (23), donde relata la evolución de esta complicación, eclampsia (525 casos), a través de 24 años, desde 1974, observamos que ha disminuido la mortalidad y la frecuencia de eclampsia en estos grupos etarios, debido quizá al manejo rápido de la preeclampsia, la cual si demuestra un porcentaje importante y en aumento con el transcurso del tiempo. Otro punto similar con la investigación realizado en el Hospital Santa Rosa-Piura, es que los dos casos de eclampsia vistos pertenecen al grupo etario de las gestantes adolescentes, y en el trabajo realizado por del Dr. Purizaca Benites encuentra un mayor porcentaje de eclampsias en el grupo de las primigrávidas (73.7%), y 64,5% de las pacientes a través de los tres periodos, en los cuales dividió su trabajo, eran menores de 25 años de edad.

Navarro Rosell (9), encontró que 47 (13%) de las adolescentes gestantes presentó enfermedad hipertensiva del embarazo, RPM 11 (3%), ningún RCIU.

Así en México, Zamora Lares y Cols (11) encontraron cifras que difieren de las encontradas en este trabajo de investigación, revelaron que en su estudio 9.7% de las gestantes adolescentes presentó trastorno hipertensivo del embarazo, 14.5% RPM, y ningún caso de placenta previa. Es importante mencionar que el trabajo de estos investigadores mexicanos, se desarrolla durante todo el embarazo.

También se observó cifras muy similares en la investigación realizada por Sandoval y Cols (7), en Lima, los cuales observaron una elevada incidencia de preeclampsia, RPM, distocia ósea, distocia funicular, pero sin diferencias significativas respecto al grupo control, el punto en el cual se difiere con estos investigadores es que estas

patologías sí presentan alta significancia estadística el trabajo realizado en el Hospital Santa Rosa.

En lo concerniente a las complicaciones maternas, las de mayor significancia, en el grupo de las gestantes de edad avanzada, se encontró que 3.2% presentó desproporción feto pélvica, 3.6% distocia funicular, 5.3% embarazo prolongado, 10.3% oligohidramnios, 2.8% parto pretérmino, 2.8% placenta previa, 3.2% preeclampsia leve, 14.9% preeclampsia severa, 6.8% riesgo de pérdida del bienestar fetal, 9.3% RPM, 3.2% situación transversa, ninguna gestante con estrechez pélvica, 5.3% con otras patologías. Con respecto a los trastornos inducidos por el embarazo en este grupo etario, el resultado de esta investigación difiere del encontrado en el 2006 por Tipiani Rodríguez O, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, ya que en sus resultados encuentra que esta patología, presenta el doble de riesgo de padecerla en la edad avanzada, comparada con las más jóvenes. En contraste la investigación realizada en el Hospital Santa Rosa-Piura, concluye que los trastornos de la hipertensión gestacional tienen el mismo riesgo de padecerla los grupos etarios de las gestantes adolescentes y las gestantes de edad avanzada.

Navarro Rosell (9), en gestantes de edad avanzada, encontró que de éstas presentó enfermedad hipertensiva del embarazo 42 (12%), RPM 12 (3%), ningún RCIU.

## **IX. CONCLUSIONES**

De los resultados y discusión hechos en este trabajo de investigación podemos sacar las siguientes conclusiones:

- Definitivamente existe relación entre la edad materna de las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con las complicaciones maternas durante el tercer trimestre de gestación.
- El grupo etario de mayor frecuencia es el de las gestantes adolescentes.
- 80% de las gestantes adolescentes tiene entre 17 y 19 años de edad.
- 79% de las gestantes de edad avanzada tienen entre 35 y 39 años de edad.
- 76% y 77% de la culminación del embarazo en las gestantes adolescentes y las gestantes de edad avanzada lo hacen mediante cesárea.
- Las gestantes adolescentes acuden a sus controles prenatales con más frecuencia que las gestantes de edad avanzada.
- Las gestantes de edad avanzada se quedan más días hospitalizadas que las gestantes adolescentes.
- El mayor porcentaje de anemia moderada y severa al ingreso y salida del hospital lo presentan las gestantes adolescentes con respecto a las de edad avanzada.
- 80% de las gestantes adolescentes no había tenido un embarazo previo, al igual que 6% de las gestantes de edad avanzada.
- De las complicaciones maternas médicas las de mayor frecuencia fueron la anemia y la infección del tracto uterino, para ambos grupos etarios.
- De las complicaciones maternas obstétricas las de mayor frecuencia fueron la preeclampsia severa y el riesgo de pérdida del bienestar fetal en ambos grupos etarios.

## **X. RECOMENDACIONES**

- Realizar charlas constantes en las grandes unidades escolares, que tengan como tema a desarrollar el adecuado uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar.
- Trabajar de la mano con los consultorios de ginecología, obstetricia y psicología, en la identificación de pacientes que pudiesen estar dentro de estos grupos etarios, para un control más específico de ellas, debido al alto riesgo obstétrico que representan.
- Concientizar al personal de salud, en la importante labor de transmitir a las pacientes la prevención de la gestación en los extremos de la vida reproductiva.
- Capacitar personal de cada Centro de Salud de la periferia con el fin de que se les pueda brindar charlas sobre la alimentación en la gestante.
- Debido a la relación de morbilidad materna con la preeclampsia, continuar con la capacitación a los Centros de Salud y captar el personal que ha manejado de forma contraproducente, si fuere el caso, para su debida instrucción.
- Al tratarse de poblaciones de riesgo los controles prenatales se deberían elevar en número, para clasificarlos como adecuado.
- Debido a que se aprecia un elevado número de primigestas de edad avanzada, se debería incidir en campañas sobre que edades representan menos riesgos para la salud del nuevo ser y de la madre.



## **XI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1. Bendezú. Martínez. "Gestación en edad avanzada". Ginecología y Obstetricia. Perú. Vol. 47 N° 3 Julio- 2001
2. Organización Mundial de la Salud: Nota descriptiva N° 364. Actualización de septiembre de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. Congote Arango y Cols. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en cali, colombia, 2002-2007. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 63 N°2. 2012. Páginas: 119-126.
4. Organización Mundial de la Salud: Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
5. Ticona Rendon y Huanco Apaza. Características del Peso al Nacer en el Perú. Incidencia, factores de riesgo y morbilidad. Capítulo I: Factores maternos que influyen en el Peso al nacer. Edad materna, escolaridad y paridad. Tacna Perú – 2012. Editorial Concytec. Páginas 8-9
6. Sandoval J., Mondragón F., Ortiz M. Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Primigestas Adolescentes: Estudio Caso-Control. Revista Peruana De Ginecología. 2007;53 (1): Páginas 28-34
7. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2000-2012. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES
8. Cunningham G, Levano K, Bloon S, y Cols. Obstetricia de Williams. Asesoramiento previo a la concepción. Edit. Mc Graw-Hill. 23° Edición, México 2010. Páginas 180-181.
9. Tebeu P and et all. Maternal mortality in Maroua Provincial Hospital, Cameroon (2003-2005). West Indian medicine journal. 56(6): 502-507.
10. Panduro Barón J. y Cols. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Revista Ginecología y Obstetricia de México. 2012;80(11):694-

11. Zamora Lares y Cols. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Revista Médica MD. Volumen 4, N° 4; mayo-julio 2013. Página 233-238
12. Llerena Rivera O. Complicaciones Maternas en Primigestas Adolescentes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el año 2007. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina a la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 2008
13. Gonzáles M. Comparación de las complicaciones maternas del embarazo en primigestas adolescentes y primigestas adultas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, enero 2005 – diciembre 2009. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina a la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 2010
14. Navarro Rosell. Frecuencia de las complicaciones materno perinatales durante el embarazo en adolescentes y mujeres adultas en el Hospital Belén de Trujillo. Enero 2005-Diciembre 2011. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina a la Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 2012
15. Heras Pérez B. y Cols. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ISSN 0304-5013, Vol. 54, N°. 11, 2011, págs. 575-580.
16. Grau Piera S. y Cols. Resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años. Revista de Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Barcelona, España. 2013
17. Donoso E., Carvajal J., Vera C., Poblet J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile. Volumen 142. N°2 .Santiago de Chile. Febrero 2014.
18. Valls Hernández y Cols. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. Volumen 35. N°.1 Cuba. Enero-Marzo 2009
19. Sánchez Sandoval y Yugsi Fajardo. Factores de riesgo materno fetal, en

mujeres con edad avanzada, que ingresan en el Servicio de Maternidad del Hospital "Vicente Corral Moscoso". Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca, 2013

20. Munares García O. y Gómez Guizado G. Anemias en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Revista Peruana de Epidemiología. Volumen 18. N° 2. 01 Agosto 2014

21. Tipiani Rodríguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales? Revista Peruana de Ginecología Obstetricia. Volumen 52 N° 3 Julio-Setiembre 2006.



22. Purizaca Benites M. Mortalidad Materna en el Hospital Regional "Cayetano Heredia" de Piura años 1974-1981. Acta Médica Peruana. Vol IX. N°1, 2. 1982

23. Purizaca Benites M. Evolución de la Eclampsia en el Hospital III Es Salud "Cayetano Heredia" de Piura: Experiencia en 24 Años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia - Vol. 45 N°4 Octubre 1999.

24. Peña Guerrero I. Morbimortalidad materna en los extremos de la vida reproductiva. Hospital de Apoyo Sullana. 1996-2000. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de Piura. 2002.

25. Aldana Yarlequé E. Factores de riesgo obstétricos en primigestas adolescentes del Hospital de Apoyo III Sullana año 2006. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de Piura.

26. Gil Chiroque D. Morbimortalidad materna perinatal de las primigestas adolescentes y añosas. Hospital III Cayetano Heredia-Piura. 2005. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de Piura.

27. Gamboa Montejano C. y Valdés Robledo S. El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Análisis de Política Interior. México. Mayo, 2013

28. Jannelva Delgado R. Factores de riesgo asociados a depresión postparto en adolescentes. Trabajo Especial de Grado Presentado ante la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, para optar al Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología. Maracaibo, Febrero de 2013.

29. Hernandorena y Cols. Lesiones placentarias en embarazos de madre adolescente en una maternidad pública de Argentina. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2012; 69(1). Buenos Aires, Argentina. Páginas: 7-14



30. Guías De Práctica Clínica Y De Procedimientos En Obstetricia Y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010

31. Restricción de Crecimiento Intrauterino. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. FLASOG: 2013, GUÍA Nº 2

32. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. 59° Asamblea General, Seúl; 2008

33. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico Del Perú. Lima: CMP; 2007

## **ANEXOS**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE ENTRE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II SANTA ROSA-PIURA, EN EL PERÍODO DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2014”**

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| ✓ N° de HC:         | ✓ Fecha de Hospitalización: |
| ✓ Edad Materna:     | ✓ Fórmula Obstétrica:       |
| ✓ Edad Gestacional: | ✓ N° CPN:                   |
| ✓ Pres. Art:        |                             |



COMPLICACIONES MATERNAS	SI	Hb1	Hb2
Preeclampsia: Leve ( ) Severa ( )			
Eclampsia			
Anemia			
Infección del tracto urinario			
Desprendimiento Prematuro de Placenta			
Rotura Prematura de Membranas			
Oligohidramnios			
Polihipidramnios			
Corioamnionitis			
Restricción del crecimiento Intrauterino			
Amenaza de Parto Pretérmino			
Parto pretérmino			
Placenta Previa			
Rotura Uterina			
Embarazo Prolongado			
Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal			
Gestación Múltiple			
Otros			

RECIBIDO 14 ABR 2015